

Ideologías y políticas lingüísticas en la salud pública en México: Normas legales, prácticas cotidianas y posibilidades de cambio



Gregory Haimovich

Universidad de Varsovia, Polonia
grhaimovich@al.uw.edu.pl

Gregorio Sánchez Cortés

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

Trabajo recibido el 19 de marzo de 2026 y aceptado el 30 de abril de 2026.

Resumen

Este artículo aborda un tema poco explorado dentro de la sociolingüística latinoamericana: las políticas lingüísticas aplicadas en los servicios públicos de salud. Se centra en el caso de México, donde el sistema sanitario busca atender a todos los sectores sociales, incluidos los pueblos originarios. Sin embargo, las barreras culturales y lingüísticas que enfrentan las personas cuya lengua materna es una lengua indígena siguen siendo un desafío significativo dentro de la salud pública. En este trabajo, analizamos el problema desde tres perspectivas. Primero, examinamos la evolución de las políticas lingüísticas en el ámbito oficial y legal desde la conformación del sistema de salud pública en México. Segundo, a partir de casos concretos, estudiamos cómo operan los servicios de salud en contextos de diversidad lingüística y cuál es la influencia real de las políticas públicas en las prácticas clínicas. Tercero, revisamos las iniciativas locales, muchas de ellas impulsadas por las propias comunidades indígenas, que buscan facilitar el acceso a la atención médica pese a las barreras lingüísticas y culturales.

Palabras clave: México, salud pública, lenguas indígenas, derechos lingüísticos, comunicación de salud.

Ideologies and language policies in public health in Mexico: Legal norms, everyday practices, and possibilities for change

Abstract

This article concerns such an understudied topic in Latin American socio-linguistics as language policies implemented in public health services. It focuses on the case of Mexico, where the health system aims to serve all social sectors, including Indigenous peoples. However, the cultural and linguistic barriers faced by people whose mother tongue is an Indigenous language remain a significant challenge within public health. In this paper, we analyze the problem from three perspectives. First, we examine the evolution of language policies in the official and legal sphere since the establishment of the public health system in Mexico. Second, using specific cases, we study how health services operate in contexts of linguistic diversity and the actual influence of the official policy on the clinical practices. Third, we review local initiatives, many of them driven by Indigenous communities themselves, that seek to facilitate access to medical care despite linguistic and cultural barriers.

Keywords: Mexico, public health, Indigenous languages, linguistic rights, health communication.

Ideologias e políticas lingüísticas na saúde pública no México: Normas jurídicas, práticas cotidianas e possibilidades de mudança

Resumo

Este artigo aborda um tema pouco explorado na sociolinguística latino-americana: as políticas lingüísticas implementadas nos serviços de saúde pública. O foco recai sobre o caso do México, onde o sistema de saúde visa atender a todos os setores sociais, incluindo os povos indígenas. No entanto, as barreiras culturais e lingüísticas enfrentadas por indivíduos cuja língua materna é uma língua indígena continuam sendo um desafio significativo na saúde pública. Neste estudo, analisamos a questão sob três perspectivas. Primeiramente, examinamos a evolução das políticas lingüísticas nos níveis oficial e jurídico desde a criação do sistema de saúde pública do México. Em segundo lugar, com base em casos específicos, estudamos como os serviços de saúde operam em contextos de diversidade lingüística e a influência real das políticas públicas nas práticas clínicas. Em terceiro lugar, analisamos iniciativas locais, muitas delas impulsionadas pelas próprias comunidades indígenas, que buscam facilitar o acesso ao atendimento médico, apesar das barreiras lingüísticas e culturais.

Palavras-chave: México, saúde pública, línguas indígenas, direitos lingüísticos, comunicação em saúde.

1. Introducción

En el discurso público contemporáneo, la salud pública se considera mayormente un fenómeno indispensable y fundamentalmente positivo para la sociedad. Sin embargo, un sistema de salud pública es también un aparato burocrático y jerárquico, donde se revelan aspectos del tejido interno del Estado que no están relacionados directamente con el área de la salud humana: relaciones de poder, legalidad de prácticas, economía política, desigualdad social e ideologías lingüísticas. El último aspecto rara vez llama la atención de investigadores o planificadores; sin embargo, tiene gran impacto sobre el acceso de diferentes grupos étnicos y sociales a los servicios de salud, especialmente en el contexto de la diversidad lingüística y cultural (Gany et al. 2017; Maseko y Matunge 2020; Showstack et al. 2022). Si bien la mayoría de los estudios sobre la importancia del lenguaje en la provisión de servicios de salud proviene de contextos de migración, el problema de las barreras lingüístico-culturales en esta área también se manifiesta en contextos de pueblos indígenas no migrantes (Vass, Mitchell y Dhurrkay 2011; Briggs y Mantini-Briggs 2016; Dagsvold, Møllersen y Stordhal 2016; Flood et al. 2019).

Este artículo tiene por objetivo examinar el desarrollo y funcionamiento de las políticas lingüísticas en la salud pública en México, desde arriba hacia abajo y desde abajo hacia arriba, así como su relación con las ideologías lingüísticas populares, desde principios del siglo XX hasta hoy. México es un país con una gran diversidad lingüística, donde viven hablantes de 67 lenguas indígenas y más de 364 variedades lingüísticas (Instituto Nacional de Lenguas Indígenas 2008). Por lo tanto, con la formación y expansión de los servicios médicos públicos después de la Revolución Mexicana (1910-1920), surge el problema de la provisión de estos servicios a los sectores indígenas de la sociedad que no hablaban la lengua nacional: el español. Para analizar este problema, cabe destacar dos niveles de mayor importancia: 1) las normas legales, las cuales contienen la política oficial sobre el aspecto lingüístico en la provisión de servicios (la ausencia de normas específicas también se considera una política), y 2) las prácticas diarias en la comunicación entre trabajadores de la salud y pacientes, quienes deben resolver el problema de las barreras lingüísticas y culturales dentro del contexto local. Debido al carácter multinivel del fenómeno, en nuestro análisis decidimos utilizar fuentes de diferente tipo, entre ellas textos legales y normativos, artículos de prensa y estudios científicos, incluidos los que se basan en el trabajo de campo en comunidades indígenas, realizado por uno de los autores.

Organizamos nuestro artículo de la siguiente manera. Después de la introducción, presentamos una sección breve sobre el marco teórico de nuestro estudio y la metodología aplicada. En la tercera sección, abordamos un recorrido histórico por la legislación mexicana sobre los derechos lingüísticos en el ámbito de la salud, frente al contexto latinoamericano. La cuarta sección examina cómo las ideologías y políticas lingüísticas emanadas desde arriba se manifiestan, en el nivel práctico, en las situaciones de barreras lingüísticas y culturales. La quinta sección se refiere a las iniciativas de

política lingüística desde abajo, principalmente en el contexto de comunidades indígenas, y su impacto. En la sexta sección, discutimos posibles estrategias para mejorar la situación de los derechos lingüísticos en la salud pública en México, y finalizamos el artículo con las conclusiones.

2. Marco teórico y metodológico

2.1. Marco teórico

Hasta ahora se han propuesto distintas definiciones de “ideología lingüística”. Aquí se retoma la de Shirley B. Heath, para quien ideología lingüística significa “las ideas y objetivos autoevidentes que un grupo sostiene acerca del papel del idioma en las experiencias sociales de sus integrantes” (Heath 1977, 53). La definición es útil porque permite mirar la lengua no solo como instrumento comunicativo, sino como parte de relaciones sociales e institucionales. Cuando el grupo que sostiene esas ideas es una institución con capacidad de intervención pública, sus presupuestos pueden adquirir un carácter impositivo (Philips 1998). En ese sentido, el Estado no reproduce ideologías lingüísticas únicamente mediante leyes o declaraciones, sino también mediante rutinas administrativas y prácticas profesionales. Philips (1998) muestra que las instituciones estatales refuerzan la hegemonía ideológica tanto de manera explícita como implícita. En el campo de la salud, esto significa que la lengua dominante opera como un capital comunicativo (Bourdieu 1991, 51): facilita el acceso a derechos y reduce los costos de gestión para la institución, mientras que las lenguas minoritarias suelen producir costos adicionales para quienes las hablan. No obstante, ninguna ideología institucional es completamente estable; esta puede ser disputada, desplazada o rearticulada en procesos políticos y culturales más amplios (Gal 1998).

En el presente análisis utilizamos la conceptualización de “política lingüística” de Bernard Spolsky (2004, 5), quien incluye en este concepto las prácticas lingüísticas, las intervenciones directas sobre la lengua (planificación lingüística) y las ideologías lingüísticas. Reconocemos que las políticas lingüísticas pueden diseñarse y llevarse adelante no solamente por los Estados, sino también por comunidades y, más aún, por personas de forma individual (Ricento 2006). Además, dentro de una misma política estatal puede existir una divergencia entre el nivel *macro* (legislación y discurso oficial) y los niveles *meso* y *micro* (implementación y práctica) (Kaplan y Baldauf 1997, 52). Esta divergencia se asemeja a la distancia entre el plano *discursivo* y el plano *práctico* de las ideologías lingüísticas (Kroskrity 1998), lo que han señalado Lo Bianco (2008) y Johnson (2013, 105). De tal manera, aunque las políticas lingüísticas de una institución están intrínsecamente relacionadas con las ideologías lingüísticas que la dominan, no siempre existe la conformidad ideológica entre diferentes niveles de una política institucional (Fitzsimmons-Doolan 2019). Asimismo, en el nivel micro de una política lingüística surgen otros factores que pueden impedir un cambio proclamado en el nivel macro (Baldauf 2008; Lo Bianco 2008). Por ello, la evaluación de una política lingüística institucional exige

observar qué ocurre en la interacción diaria: cómo se habla, quién traduce, qué materiales se producen, qué decisiones se improvisan y qué motivaciones orientan al personal de campo en esas decisiones.

Desde la perspectiva teórica, cabe indagar hasta qué punto las iniciativas desde abajo pueden influir en las políticas lingüísticas institucionales, especialmente cuando se trata de instituciones firmemente vinculadas al Estado. En los estudios de política y planificación lingüísticas, la agencia en el nivel micro se ha estudiado mayormente como implementación de políticas macro, resistencia a ellas o formulación de políticas locales independientes (Baldauf 2008; Menken y García 2010a). Sin embargo, Menken y García (2010b) muestran que algunas iniciativas locales pueden articularse y convertirse en políticas competidoras. Liddicoat y Taylor-Leech (2021) afirman que hay varias maneras mediante las cuales los agentes del nivel micro pueden impactar en la política lingüística de niveles más altos. Aunque en su trabajo se refieren al ámbito educativo, nuestro objetivo es retomar esta discusión en el campo de la salud pública, como un espacio generalmente más jerárquico y con márgenes de acción local más estrechos.

2.2. Metodología

Como marco metodológico, nuestro estudio combina análisis documental, revisión bibliográfica y evidencia cualitativa procedente de trabajo realizado en campo. La información que se utilizó proviene de fuentes de distinto tipo; de este modo, se consiguió un panorama más amplio del fenómeno discutido. La primera fuente son leyes, decretos legales y comunicaciones oficiales emitidas por parte del Estado mexicano y de los organismos de la salud pública, en donde se manifiestan las políticas macro. La segunda son fuentes periodísticas nacionales que tratan de procesos y desarrollos locales sobre la interacción entre la lengua y la salud humana. La tercera fuente son estudios científicos que abordan el tema de las políticas y prácticas lingüísticas en los servicios de salud en México. Entre ellos, se incluyó la evidencia de un proyecto de investigación en la parte occidental de la Sierra Norte de Puebla, el cual se enfoca en el uso de la lengua náhuatl en los servicios de salud (Haimovich y Márquez-Mora 2021; Haimovich 2022).

El proyecto, localmente conocido como “Xochiuehpol” (nombre de la árnica mexicana en náhuatl), ha estado funcionando desde 2018 como proyecto de investigación-acción participativa en las comunidades nahuahablantes del municipio de Zacatlán, Puebla. El trabajo de campo realizado dentro de este proyecto aportó observaciones, entrevistas y encuestas con diferentes actores que han participado en el área de la salud comunitaria, tales como: personal de salud, pacientes locales y médicos tradicionales. Dentro de esta evidencia, cabe destacar 11 entrevistas con los trabajadores de salud (doctoras/es, enfermeras y promotoras/es de salud) empleados en la comunidad San Miguel Tenango, realizadas entre 2018 y 2023, algunas de las cuales se citan más abajo. En dichas entrevistas se recopiló la experiencia que estos trabajadores tuvieron en relación con las barreras lingüísticas y culturales durante la prestación de servicios profesionales, así como las diversas actitudes que tenían hacia la medicina y la lengua indígena local.

Esta evidencia nos permite comprender más acerca de los mecanismos concretos de las prácticas en la atención en salud en ámbitos multilingües.

3. Desarrollo de la política pública sobre los derechos lingüísticos y la salud en México

3.1. Políticas lingüísticas, interculturalidad y salud pública en América Latina

En América Latina, la interculturalidad en salud adquirió normatividad programática durante los distintos ciclos de reformas constitucionales y de políticas públicas (Campos-Navarro 2016). Ese ciclo incluyó el reconocimiento de la diversidad étnica y lingüística en constituciones y marcos sectoriales de países como Colombia, México, Ecuador y Bolivia, aunque su implementación ha sido muy desigual. La comparación a nivel regional muestra que los marcos declarativos no bastan para crear capacidades institucionales eficientes (Fernández Juárez 2011). La pregunta, por tanto, no es solo si existen normas interculturales, sino si estas se traducen —o no— en dispositivos concretos de atención: interpretación profesional, traducción de información sanitaria prioritaria, registro de la lengua elegida, consentimiento informado multilingüe y rutas de derivación culturalmente apropiadas para los derechohabientes (Vargas, Campos-Navarro y Casillas 2016; Kolstrup y Mosquera 2016). Cuando esa infraestructura de servicios no existe, la mediación recae en familiares, menores de edad o personal no capacitado, con riesgos para la confidencialidad, la precisión clínica y el apego al tratamiento (Flores et al. 2012; Al Shamsi et al. 2020).

La diversidad lingüística latinoamericana debe entenderse a la par de la formación histórica del Estado en cada región geográfica. Tras diferentes procesos en el ámbito público —como la independencia, la administración pública y la justicia—, los servicios sanitarios tendieron a consolidar la utilización del español y el portugués como lenguas oficiales para la ciudadanía, el gobierno y, en especial, para el acceso a derechos. Esa hegemonía eurocentrista no fue solo un resultado demográfico o comunicativo; formó parte de proyectos estatales dirigidos por élites que articularon lengua, administración y ciudadanía como un instrumento para la consolidación de los Estados nacionales. En México, la ideología asimiladora-aculturadora promovió la integración de los pueblos indígenas mediante la castellanización: el español fue presentado como lengua de unidad, progreso y modernización, mientras las lenguas indígenas quedaron en una posición de inferioridad y poca eficiencia para la comunicación (Heath 1972, 69-70). Este proceso de transculturación y la expansión de las escuelas de enseñanza básica llevaron a que la salud pública convirtiera el acceso al Estado de derecho en una experiencia mediada por la lengua dominante (Bonfil Batalla 1990, 83-86; Heath 1972).

Centeno y Ferraro (2013) ofrecen un marco útil para entender cómo la construcción estatal en América Latina y España dependió de la capacidad institucional y de la integración de poblaciones diversas dentro de una sola identidad política. Su planteamiento es especialmente relevante para las

políticas lingüísticas porque vincula la dimensión simbólica del Estado con los procesos de homogeneización, estandarización y legitimación de una lengua común o *lingua franca* como parte de la formación nacional. Desde esta perspectiva, las políticas interculturales emergen tardíamente, cuando el orden monolingüe ya se encuentra sedimentado en las burocracias y en sus rutinas de atención. De ahí que instrumentos como la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas en México (México 2003) y modelos de atención como el Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) enfrenten una tensión constitutiva: reconocer jurídicamente la diversidad lingüística dentro de instituciones que fueron históricamente diseñadas para operar en una sola lengua. En ese sentido, la justicia lingüística en salud no remite solo a traducción o a la sensibilización, sino a la reconfiguración material de una arquitectura estatal que hizo del español la infraestructura ordinaria del derecho, de la gestión pública y de la interacción clínica.

3.2. Trayectoria histórica del aspecto lingüístico en servicios de salud en México

La trayectoria del caso mexicano permite explicar por qué el monolingüismo institucional puede persistir aun cuando diferentes legislaciones reconocen la diversidad lingüística: la política lingüística se ha configurado históricamente como parte del proyecto estatal y de la administración de poblaciones, más que como un simple “tema cultural”. Desde el comienzo del México independiente, la institucionalización de la salud pública se acelera en el siglo XIX y se consolida a lo largo del XX mediante la expansión de capacidades estatales, la centralización normativa y la construcción progresiva de un aparato sanitario nacional. En esa trayectoria, el problema lingüístico no desaparece: más bien queda subordinado a una lógica de integración nacional que privilegia la homogeneidad administrativa y comunicativa, incluso cuando las poblaciones atendidas conservan repertorios culturales y lingüísticos diferenciados (Heath 1972, 68; México 1984).

De manera particularmente relevante para la política lingüística en salud, hacia comienzos de la década de 1940 se identificó la necesidad de una coordinación más sistemática y de una base técnico-científica sólida. Entre las recomendaciones se incluyeron investigaciones integrales, el uso de la antropología aplicada para planear y administrar programas de bienestar, la protección de comunidades y derechos indígenas, e incluso la creación de un consejo especializado en lingüística aplicada (Heath 1972, 70). En el ciclo posrevolucionario tardío, se consolidan proyectos de medicina rural y medicina social vinculados con la antropología aplicada. En la obra de Gonzalo Aguirre Beltrán (1963, 31-35), la relación entre salud, aculturación y estructura colonial se formula como problema histórico-social para entender la interacción entre medicina institucional y prácticas locales, así como la administración estatal de la diferencia. En paralelo, la política lingüística mexicana puede leerse como una arquitectura de Estado que organiza el acceso a derechos y servicios, incluida la salud, bajo regímenes cambiantes de integración y pluralismo. Finalmente, Heath (1972, 71) subraya la importancia que se atribuía a la consulta y el intercambio con

experiencias indoamericanas, en la medida en que ese contraste fortalecía el conocimiento acumulado y el juicio crítico para mejorar la pertinencia cultural y la eficacia administrativa de programas estatales. Este énfasis dialoga con la necesidad contemporánea —en clave de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)— de aprendizaje regional y estandarización de mecanismos de mediación lingüística en salud.

3.3. Cuestión lingüística en las normas legales de salud

El derecho a la protección de la salud se consolida en el marco regulatorio contemporáneo con la Ley General de Salud (LGS) (México 1984). En el caso mexicano, la dimensión lingüística de la atención sanitaria debe entenderse también a la luz del marco jurídico general que regula el derecho a la salud. La LGS establece las bases para la organización del Sistema Nacional de Salud y define las responsabilidades del Estado en la provisión de servicios médicos accesibles y de calidad para toda la población (México 1984). Entre sus principios rectores se encuentra la obligación de garantizar la equidad en el acceso a los servicios y la atención integral de las necesidades de salud de los distintos grupos sociales. Aunque la LGS no fue diseñada originalmente desde una perspectiva lingüística, su enfoque en la universalidad y en la no discriminación abre un marco normativo que puede articularse con los derechos lingüísticos reconocidos posteriormente en la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas (LGDLPI) (México 2003). La LGDLPI ya establece principios de no discriminación por lengua y la igual validez de las lenguas indígenas y el español en asuntos públicos, lo que constituye un piso normativo para exigir inteligibilidad y acceso lingüístico en los servicios de salud (México 2003). En este sentido, la provisión de servicios de salud cultural y lingüísticamente pertinentes puede interpretarse como una condición necesaria para hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud.

Para algunos programas públicos contemporáneos como IMSS-BIENESTAR, esta articulación normativa implica que la accesibilidad no solo se limita a la cobertura territorial o financiera, sino que incluye la posibilidad de comprender y participar plenamente en la interacción clínica. De este modo, la implementación de estrategias de mediación lingüística y de comunicación intercultural no constituye únicamente una política sectorial, sino una extensión operativa del propio mandato jurídico del sistema de salud mexicano.

Aunque la LGDLPI ha sido objeto de reformas y actualizaciones, la experiencia regional y la evidencia internacional sugieren que el reconocimiento legal no produce automáticamente capacidades en el punto de atención. La brecha aparece cuando no existen procedimientos, perfiles laborales, financiamiento e indicadores para sostener la mediación lingüística como estándar organizacional. En esa brecha proliferan arreglos informales (familiares que actúan como intérpretes), con riesgos clínicos y éticos ya mencionados arriba. Si IMSS-BIENESTAR adopta como estándar la producción sistemática de materiales multilingües, la formación de equipos con mediadores comunitarios bilingües y la incorporación de indicadores de acceso lingüístico, el marco jurídico (LGDLPI) puede traducirse en prácticas rutinarias y medibles.

Las reformas a la Ley General de Salud publicadas el 19 de septiembre de 2006 (México 2006) incorporaron explícitamente a los pueblos indígenas entre los objetivos del Sistema Nacional de Salud, mediante la adición del artículo 6, fracciones IV Bis y VI Bis, relacionadas con el bienestar de los pueblos y el reconocimiento de la medicina tradicional indígena. Además, ese decreto reformó los artículos 10, 11, 27, 54, 106, 393 y 403, reforzando una orientación intercultural en la organización y prestación de los servicios de salud. El texto actual de la ley declara que:

TÍTULO TERCERO

Capítulo IV, Artículo 54. Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, (sic.) establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran [...]. En el caso de las poblaciones o comunidades indígenas las autoridades sanitarias brindarán la asesoría y en su caso la orientación en español y en la lengua o lenguas en uso en la región o comunidad.

Capítulo VI, Artículo 67. [...] En materia de planificación familiar, las acciones de información y orientación educativa en las comunidades indígenas deberán llevarse a cabo en español y en la lengua o lenguas indígenas en uso en la región o comunidad de que se trate.

TÍTULO SÉPTIMO

Capítulo I, Artículo 113. [...] Tratándose de las comunidades indígenas, los programas [de educación para la salud] deberán difundirse en español y la lengua o lenguas indígenas que correspondan (México 2006, 1-2).

Con las modificaciones legales antes mencionadas, los servicios prestados por el IMSS-BIENESTAR podrían fortalecerse en dos sentidos. Primero, la generación de materiales multilingües contribuye a una infraestructura de calidad: reduce la ambigüedad clínica, fortalece la adherencia terapéutica y evita que la traducción recaiga en familiares o menores, con riesgos éticos y clínicos. Segundo, la referencia a regiones y comunidades particulares en cuanto a la adaptación de actividades informativo-educativas (México 2006) debería incitar al IMSS-BIENESTAR a colaborar con las comunidades indígenas, ya que los materiales más eficaces son aquellos validados por la comunidad y articulados con prácticas locales de cuidado, en lugar de traducciones literales descontextualizadas. Así, la participación comunitaria funciona como mecanismo de rendición de cuentas comunicativa: la comunidad evalúa si el Estado está cumpliendo, en la práctica, los derechos lingüísticos que reconoce en la norma (México 2003; Flores et al. 2012; Al Shamsi et al. 2020).

En este sentido, colocar los derechos lingüísticos en el centro de las normas operativas del IMSS-BIENESTAR puede leerse como una forma de descolonizar la interacción clínica: desplazar la idea de que el español es la única lengua legítima para el Estado y reconocer que el derecho a la salud incluye el derecho a entender y ser entendido. La clave es evitar que la interculturalidad quede como un “discurso de reconocimiento” sin redistribución de capacidades; en términos de Bonfil Batalla (1990, 232-233), se trata de

reducir la distancia entre el proyecto civilizatorio estatal y las prácticas de vida de las comunidades, empezando por el circuito de comunicación sanitaria. Dentro del contexto del IMSS-BIENESTAR, donde la legitimidad del sistema depende de su capacidad para garantizar el acceso efectivo en territorios indígenas, la justicia lingüística se vuelve condición de gobernanza y no un mero componente cultural.

El rediseño institucional reciente vuelve más urgente esta discusión. El decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 29 de mayo de 2023 reformó la Ley General de Salud para regular el Sistema de Salud para el Bienestar, incorporó explícitamente un enfoque intercultural en salud y ubicó al IMSS-BIENESTAR como componente de dicho sistema (México 2023). En este marco, la expansión territorial del primer nivel de atención aumenta el número de consultas e interacciones entre el personal médico y los pacientes. Por ello, si el acceso lingüístico no se acompaña de medidas concretas —como intérpretes, materiales en lenguas indígenas, registro de la lengua del paciente y capacitación del personal—, la cobertura puede existir formalmente, pero seguir excluyendo a quienes no comprenden plenamente la información médica en español.

4. Ideologías y políticas lingüísticas en la práctica clínica: perspectivas regionales y comunitarias

4.1. Ideología lingüística asimiladora, su origen y persistencia

A mediados del siglo XX, mientras Aguirre Beltrán y el Instituto Nacional Indigenista (INI) impulsaban el debate sobre la mejor estrategia de salud pública para los pueblos indígenas, el gobierno, a través de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, ya implementaba acciones concretas en este campo. La necesidad percibida por la rápida expansión de los servicios biomédicos apenas dejaba espacio para consideraciones acerca del tratamiento de las barreras culturales y lingüísticas. En ese contexto, la ideología de ‘mestizaje’, que veía la asimilación de pueblos indígenas como condición necesaria para la unidad y prosperidad nacional, se extendió desde la educación pública hacia la salud pública.

Durante la etapa de expansión de los servicios de salud que ofrecía el gobierno, cabe todavía destacar el proyecto de la Comisión de Tepalcatepec, llevado a cabo en comunidades purépechas de Michoacán y Jalisco a finales de la década de 1940. Dentro de ese proyecto, un grupo de trabajadores de la salud, enviados a la región del valle de Tepalcatepec, aprendió por su propia iniciativa la lengua purépecha para comunicarse más eficazmente con los residentes durante la campaña de vacunación e higiene. Además, el mismo grupo usaba medios publicados en purépecha (como el semanario *Pámpiri*, que después dejó de existir) para informar a la población local sobre sus actividades. Esa estrategia ayudó a establecer confianza entre los líderes comunitarios y los servicios sociales del gobierno (Baker Opperman 2013).

Sin embargo, el caso de la Comisión de Tepalcatepec sigue siendo excepcional. La visión dominante de los médicos a quienes las autoridades mandaban a trabajar en comunidades indígenas consideraba a la población indígena como ignorante y a sí mismos como portadores de la luz civilizadora, de la cual el español era elemento integral. Por ejemplo, un médico joven escribe en su informe sobre la situación sanitaria en Ahuacatlán, Puebla, que los residentes indígenas “ignoran en su gran mayoría la lengua de Cervantes, se expresan en mexicano (náhuatl) y totonaco... hay no obstante algunos nativos que pueden hablar el castellano, pero rehúyen a hacerlo y fingen ignorarlo cuando un extraño les habla en dicho idioma” (Zepeda Pineda 1942, 39). Aquí vale mencionar que el médico no toma en cuenta otros factores que podrían desanimar a los residentes a hablar español, aunque lo supieran, como inseguridad en su capacidad de hablarlo o desconfianza hacia la gente blanca. Podemos comparar este testimonio con algunos más recientes, como el de un doctor de San Simón Zahuatlán, Oaxaca: “Los obligo a que hablen español porque no quiero que vivan en la ignorancia. [...] Quizá por eso no he aprendido [mixteco], porque para mí es atrasarlos más” (Herrera Beltrán 2013). En otro caso, un doctor de Ocota de la Sierra, Nayarit, confesó que una vez sintió que “quería matar” a una mujer wixárika (huichol) que no pudo contestarle nada en español (Santos y Verdín Amaro 2011). En sus desesperadas pruebas de comunicarse con ella, no se le ocurrió buscar ayuda de alguien que pudiera hablar las dos lenguas.

La característica común que tienen estos testimonios es la consideración del español como lengua por defecto, obligatoria para todos, que un médico debe usar forzosamente, aun cuando eso no lleve a resultados prácticos. Esta determinación de adaptar a los pacientes a su imagen sin tratar de adaptarse ellos mismos conforma el elemento clave de la ideología lingüística asimiladora. La actitud despreciativa hacia las lenguas indígenas, por lo general, va a la par con la misma actitud hacia otras características indígenas, como el color de piel, la vestimenta, la medicina tradicional y el bajo estatus económico, lo cual constituye una repercusión del racismo y la desigualdad étnico-social en México (Smith-Oka 2015). Estos ejemplos son la muestra de que, a pesar de los cambios legales, buena parte del personal médico todavía actúa según la ideología en la cual creció y no según las nuevas normas, especialmente si pueden seguir con las prácticas discriminatorias sin consecuencia alguna.

4.2. Indicaciones del cambio ideológico

El centro de salud de San Miguel Tenango (municipio de Zacatlán, estado de Puebla) habitualmente emplea a un/a doctor/a con plaza permanente, un/a doctor/a pasante, una enfermera con plaza permanente, una o dos enfermeras pasantes y un/a promotor/a de salud. Como en otros centros de salud rurales de la zona, la rotación del personal es constante: de todo el personal mencionado durante el periodo en que se realizó el proyecto, la única persona que continuó en su puesto fue la enfermera con plaza permanente. En las entrevistas con los trabajadores de salud pública, se pudieron detectar actitudes positivas hacia la(s) lengua(s) indígena(s), mientras que no se han documentado actitudes negativas. Un promotor de salud habló

sobre su experiencia al explicar a jóvenes indígenas lo importante que era hablar su lengua y mantener su cultura, aunque dijo que él mismo no había aprendido el náhuatl porque “no es una gran necesidad para mí, ya que toda la comunidad habla español” (CG San Miguel de Tenango 13.12.2018). En la entrevista con un doctor pasante que vino a trabajar en el centro de salud durante la pandemia del COVID-19, este reveló una actitud positiva hacia el náhuatl no solo en declaraciones, sino también en el nivel práctico: en ese tiempo hacía esfuerzos por aprender la variedad local de la lengua, explicando su posición de la siguiente manera:

Por ejemplo, yo... yo quise venir aquí, a San Miguel, porque sabía que [aquí] se hablaba náhuatl, entonces... dije, yo quiero aprender, porque siento que a mí me falta algo. Y lo que me daba cuenta es que [...] como médicos, tenemos la obligación de poder aprender eso para poder comunicarnos y poder llevar medicina, y para que el paciente no se sienta limitado y no se sienta este... desprotegido, más que nada. Porque normalmente eso es lo que veo que sienten. [...] He sabido de médicos que están en unidades donde la gente habla el idioma náhuatl y nunca aprenden, porque no quieren aprender. Cuando realmente nuestro trabajo es aprender de ellos para poder nosotros otorgar ese beneficio hacia ellos (EJ, San Miguel Tenango 27.07.2021).

Estos testimonios muestran la consolidación del discurso pluralista, según el cual el multilingüismo se considera no como una desventaja sino como un mérito y las lenguas indígenas, aunque estén en minoría, merecen respeto y promoción. En el contexto clínico, estas lenguas se empiezan a ver más como recursos que como obstáculos, aunque siempre es posible que un servidor público que comparte esa visión públicamente lo haga solo de manera discursiva. De esta manera, se puede afirmar que en el nivel micro la ideología pluralista actualmente entra en competencia con la ideología asimiladora, lo que disminuye el obstáculo ideológico para implementar una nueva política lingüística en dicho nivel.

4.3. Políticas lingüísticas en los servicios de salud en comunidades indígenas

Cabe notar que la dominancia histórica de la ideología asimiladora en el siglo pasado todavía permitía formas de política adaptativa en el nivel institucional (macro y meso). Por ejemplo, Campos-Navarro (2003) afirma que el programa IMSS-Coplamar lanzado en 1979 en colaboración con el INI, incluyó el empleo masivo de personal de salud bilingüe y nativo de las zonas donde se ubicaban las unidades rurales del IMSS (pero ese personal no incluía a doctores). Sin embargo, años después, el personal de los hospitales y centros de salud del IMSS, en la región de la Sierra Norte de Puebla, ya no muestra una proporción visible de hablantes bilingües. En general, los inicios de los servicios públicos de salud en esa zona demuestran que las autoridades en aquella época no abordaban las particularidades lingüísticas de la población objetivo de manera alguna (Haimovich y Márquez Mora 2021). Una doctora, nativa de San Miguel Tenango (municipio de Zacatlán, Puebla), que ha ejercido durante décadas en este pueblo, recuerda que, cuando era niña, la barrera lingüística era una de las principales razones por las cuales la población indígena local no se atrevía a atenderse con los médicos de la ciudad, lo que causaba muchas muertes prevenibles. Más

tarde, cuando ya se había fundado el centro de salud rural, a mediados de la década de 1980, el problema persistía:

YL: Así es, en un principio la gente no tenía la confianza [en el centro de salud], porque, para comenzar, no había forma de comunicarse, ¿sí? Las [personas] nativas de acá, con la lengua náhuatl, no se podían comunicar con el médico, por...

GH: ¿Y acá no mandaron a ningún médico que sabía hablar la lengua indígena?

YL: No, no. No se tuvo esa precaución, como para facilitar la comunicación, entonces eso también fue un problema grande que la falta de comunicación. Actualmente, pues ya los mismos hijos de las personas mayores sirven como sus intérpretes (YL, San Miguel Tenango 09.12.2018).

Resulta que, desde el principio, las autoridades de salud descuidaron el problema de la barrera lingüística. Con el tiempo, este comenzó a resolverse sin su participación y bajo la influencia de factores externos: en las comunidades nahuahablantes del municipio creció una nueva generación bilingüe. Por ello, la responsabilidad de superar la barrera siempre se ha colocado sobre los hombros de los mismos pacientes y sus familias.

Al examinar cómo se manejaba el asunto de las barreras lingüísticas en el centro de salud de San Miguel Tenango en 2018-2019, se reveló que, en el caso de pacientes que no hablaban o hablaban poco español, el uso de miembros de la familia como intérpretes era la única solución disponible. El personal de salud que hablaba solo español se mostraba satisfecho con esa solución y no veía en ella deficiencia alguna. Sin embargo, la investigación entre las personas adultas mayores nahuahablantes reveló que la barrera lingüística no era el único problema; también lo era la disponibilidad de familiares bilingües que pudieran acompañar a sus parientes monolingües al centro de salud o al hospital municipal. La mayoría de las personas de la generación que utilizaba bien ambas lenguas, el náhuatl y el español, principalmente personas de 30 a 50 años, buscaba fuentes de empleo fuera de su comunidad. Muchos tenían el hábito de dejar sus hogares por largos períodos, mientras que la generación de sus padres se quedaba en el pueblo. Ante esta situación, las personas ancianas, que tenían necesidad de atención médica, muchas veces tuvieron que privarse de visitar la clínica porque no tenían a nadie que las pudiera acompañar. Como resultado, estas personas quedaban como “pacientes invisibles” para los médicos, quienes solo podían evaluar la situación si los pacientes asistían a la clínica. Además, incluso las personas bilingües que servían como intérpretes para sus familiares, confesaban que muchas veces se enfrentaban con dificultades, especialmente cuando tenían que traducir ciertos conceptos biomédicos del español al náhuatl (Haimovich y Márquez Mora 2021).

4.4. Ausencia y presencia de lenguas indígenas en el sistema de salud pública

Cabe notar que, a pesar de las modificaciones a la LGS mencionadas arriba, hasta ahora los trabajadores de salud hispanohablantes en México no tienen capacitación lingüística o intercultural como requisito para trabajar

en zonas indígenas. Tampoco existe la oportunidad de aprender una lengua indígena como parte de la carrera en las instituciones de educación médica profesional (Monroy Gaitán 2017). En algunos casos, en las regiones donde prevalece población que habla lenguas originarias, la Secretaría de Salud capacita y emplea a promotores de salud que provienen de comunidades indígenas (Herce et al. 2010), pero esta práctica no es universal. En 2007, la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, la unidad rectora de la Secretaría de Salud Federal lanzó el programa “Unidades Móviles, Caravanas de Salud”, como una medida para la implementación de los cambios a la LGS relacionados con el otorgamiento del servicio en lenguas indígenas. Entre sus objetivos, el programa planeaba emplear personal de salud bilingüe y difundir programas de salud en lenguas locales. La evaluación del programa realizada en 2013 en el Estado de México, Puebla y Oaxaca reveló que, en cuanto al uso de lenguas indígenas por personal bilingüe, el programa “Caravanas de Salud” cumplió sólo con 14.3% del plan declarado. En cuanto a los materiales en lenguas indígenas, los resultados del programa se limitaron a la preparación e instalación de carteles sobre temas muy acotados y de señalización bilingüe. Ambos eran medios poco útiles a la luz del hecho de que la gran mayoría de la población objetivo no estaba acostumbrada a la forma escrita de sus lenguas (Monroy Gaitán 2017).

En el Estado de Puebla, los intérpretes profesionales entre el español y las lenguas originarias se encuentran exclusivamente dentro del módulo de los Hospitales de Medicina Tradicional (HMT). Este módulo se estableció en Puebla a principios de los años 2000 y actualmente consta de 15 hospitales ubicados en las partes del estado donde la población indígena prevalece. Los HMT, que dependen directamente de la Secretaría de Salud del estado y no del IMSS y sus jurisdicciones regionales, emplean médicos tradicionales —herbalistas, hueseros, curanderos y parteras— que en su mayoría provienen de comunidades indígenas que hablan sus correspondientes lenguas. También cabe mencionar la señalética bilingüe en los HMT, que aún respeta la variedad particular de la lengua hablada en la zona (Haimovich 2022, 218-223); por el contrario, en las unidades pertenecientes al IMSS no se encuentran señales en lenguas indígenas. Por lo tanto, los HMT resultan el único espacio de salud pública en Puebla donde las lenguas indígenas no solo son aceptadas sino también promovidas, debido al carácter cultural de esas instituciones.

La pandemia del COVID-19 aparentemente motivó a las autoridades de salud pública a utilizar más las lenguas indígenas por la imperiosa necesidad de tener un mayor alcance en este sector de la población. A fines de marzo de 2020, el Gobierno de la Ciudad de México publicó el primer video informativo en náhuatl en YouTube, mientras que la Secretaría de Salud del estado de Puebla subió dos videos informativos en náhuatl de la Sierra Nororiental de Puebla un mes después, en la misma plataforma. En el verano de 2020, en los centros regionales de la Sierra Norte de Puebla ya se podían encontrar carteles sobre COVID-19 en náhuatl, pero no siempre en la variedad propia de la región y en una ortografía poco coherente, en la cual, por ejemplo, los morfemas ligados se escribían como palabras independientes y viceversa (Haimovich 2022, 235-236). Materiales en otras

lenguas de la región, como el otomí o el totonaco, eran aún más escasos. Además, cabe destacar que los materiales que fueron publicados apenas llegaron a las comunidades indígenas y no eran accesibles para la gran parte de la población. Las personas adultas mayores que estaban en el grupo de riesgo y no sabían leer, podrían haber aprovechado audios o emisiones de radio que les informaran sobre el coronavirus, pero esos medios no fueron utilizados (Suárez 2020).

4.5. Registros del español en los materiales de educación de salud

Cabe mencionar otro problema en la política lingüística de salud que no se refiere al uso de las lenguas indígenas, sino a la comunicación dentro del mismo español, específicamente, la falta de reconocimiento de la diglosia entre el registro profesional y el registro cotidiano rural de la misma lengua. Los materiales impresos por la Secretaría de Salud para su distribución en el ámbito rural, en muchos casos, están escritos en una lengua burocrática, llena de terminología profesional. Por ejemplo, el siguiente fragmento está tomado de un folleto sobre los derechos sexuales y reproductivos:

POR LO QUE PUEDO: Solicitar al personal de salud que los servicios que me ofrezca, conserven la privacidad y confidencialidad que el caso requiera. Solicitar información, orientación-consejería y servicios libres de la interferencia de otras personas. [...] Solicitar en los servicios de salud mi canalización al área especializada en caso de ser víctima de violencia sexual.

Asimismo, los materiales dedicados a los problemas de salud más frecuentes (enfermedades digestivas, diabetes, hipertensión, gripe) abundan en términos que no se usan en el lenguaje diario de los pacientes. Por ejemplo, “evacuaciones líquidas numerosas y abundantes” (sin esclarecer qué es una “evacuación”) o “baja ingesta de carnes rojas” (sin explicar qué carne se considera ‘roja’) (Haimovich 2022, 194). Todo esto indica la falta de adaptación de los hábitos comunicativos a la población objetivo, igual que en el caso de las barreras lingüísticas en el contexto multilingüe.

5. Iniciativas locales desde abajo hacia arriba

En esta sección nos referimos, mayormente, a iniciativas comunitarias generadas por grupos o activistas individuales que no están en la posición oficial de tomar decisiones sobre la política de salud pública, aunque pueden provenir de los rangos bajos del sistema. Dichas iniciativas manifiestan un intento de incidir en la política lingüística desde abajo, desafiando las prácticas impuestas desde arriba o intentando implementar las normas legales ya existentes. Aquí se mencionan ejemplos de iniciativas en las cuales hemos estado involucrados o de las cuales tenemos conocimiento de que existen, sin excluir otras actividades en esta área que hayan podido surgir en México. Todos los ejemplos de las iniciativas desde abajo referidas en esta sección se pueden dividir en tres categorías: 1) iniciativas comunitarias, generadas y realizadas por miembros de comunidades indígenas; 2) iniciativas participativas, generadas y realizadas en colaboración entre

miembros de las comunidades e investigadores académicos y/o trabajadores de la salud; y 3) obras de investigadores mexicanos con el objetivo de influir en la política lingüística en la salud pública.

5.1. Iniciativas comunitarias de activistas indígenas

Quizás la primera iniciativa comunitaria de ese carácter documentada es la “Declaración tzotzil sobre salud”, la cual fue presentada en el Congreso Indígena de Chiapas en 1974. En aquel tiempo, las comunidades tzotziles se unieron para oponerse a las prácticas racistas y negligentes de los médicos de gobierno. Entre los párrafos que se referían a la revaloración de la medicina indígena tradicional y a la capacitación intercultural de los doctores, uno de ellos decía: “Que los doctores nos traten como gentes y aprendan nuestra lengua” (Campos-Navarro 2003, 12). Tomando en cuenta las condiciones de ese periodo, la vinculación entre el trato respetuoso y la capacidad de hablar la lengua indígena es notable; sin embargo, actualmente no hay evidencias de que la exigencia del pueblo tzotzil fuera satisfecha durante los años posteriores al Congreso.

En la década de 2010, en el municipio de Chicontepec, Veracruz, donde la mayoría de la población habla náhuatl y todavía viven muchas personas monolingües, líderes comunitarios se organizaron e influyeron en las autoridades de salud pública regionales para que crearan puestos para enfermeras que provenían de comunidades locales. Actualmente, esas enfermeras cumplen el papel de traductoras en la comunicación entre los pacientes nahuahablantes y los doctores hispanohablantes (Eduardo de la Cruz Cruz, maestro de lengua náhuatl, activista e investigador indígena de Chicontepec, Veracruz, comunicación personal). Loewenberg (2010) relata el caso de Maricela Zurita Cruz, una investigadora y activista indígena de San Juan Quiahije, Oaxaca, que se dedica a la traducción comunitaria entre el chatino (su lengua materna) y el español en el contexto de salud materna y derechos reproductivos, trabajo que le permitió obtener el Premio Nacional de la Juventud de México en la categoría Compromiso Social.

Martínez Gómez y León Jiménez (2018) discuten la experiencia de una enfermera indígena que, a principios de los años 2000, empezó a atender a los pacientes del Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso de Oaxaca en una lengua zapoteca. Esta iniciativa impulsó a otro hospital del mismo estado, Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, a establecer servicios de interpretación para los pacientes hablantes del zapoteco. El Censo Poblacional de Pacientes realizado en 2009-2014 demostró un alto nivel de entendimiento de los materiales en lenguas indígenas, difundidos en el hospital, por los pacientes que los hablaban. A esos logros se agregó, en 2017, la publicación de un glosario medicinal zapoteco, difundido entre todas las comunidades indígenas. Es un ejemplo notable de una iniciativa individual que con el tiempo influyó en las prácticas a mayor escala.

Al mismo tiempo, se debe tomar en consideración que en las últimas décadas ha aumentado el número de trabajadores de la salud, especialmente enfermeras, que provienen de comunidades indígenas, aunque todavía

tienen que enfrentar prácticas discriminatorias para obtener un puesto (Serralde 2023; Limón-Mendoza 2024). Algunas de ellas, según sus propios testimonios, eligen la carrera de enfermería clínica especialmente con la intención de enfrentar el problema de las barreras lingüísticas y la discriminación hacia los pacientes indígenas (Herlinda Márquez Mora, Erika Sánchez Víctor, comunicación personal).

No pretendemos ofrecer aquí un panorama completo del activismo indígena acerca de los derechos lingüísticos en salud. Además de la posibilidad de iniciativas que no hayan adquirido publicidad, cabe tomar en consideración que, de vez en cuando, surgen iniciativas sencillas que, al no encontrar apoyo por parte de autoridades, caen en el olvido. Un ejemplo de tal iniciativa era un programa para la prevención del cáncer de mama en náhuatl, desarrollado por la maestra Beatriz Cuahutle Bautista, de Contla, Tlaxcala, junto con la señalética en náhuatl para hospitales de mujeres, pero finalmente el Gobierno de Tlaxcala no ratificó este proyecto (Haimovich 2022, 187).

5.2. *Iniciativas comunitarias participativas*

Cuando se trata del apoyo a iniciativas desde abajo, la participación de investigadores académicos, tanto mexicanos como extranjeros, puede ser bastante útil. Obviamente, el deseo de miembros de la comunidad de contribuir a una iniciativa participativa es condición necesaria en ese caso. Un ejemplo de tal iniciativa es descrito por Gabriela Pérez Báez (2016) en la comunidad zapoteca San Lucas Quiavini en Oaxaca. En colaboración entre la autora, miembros de la comunidad y médicos interesados produjeron CDs con grabaciones de audio sobre varios temas de salud en el zapoteco. Estos CDs tuvieron gran aceptación por parte de la comunidad, en la cual la mayoría de los residentes hablaba zapoteco, pero el único medio de información biomédica había sido el español. El éxito de este proyecto ayudó a promover la revitalización del zapoteco en San Lucas Quiavini y a fomentar y ampliar el trabajo colaborativo en este aspecto (Pérez Báez 2016).

Otro proyecto más amplio, al cual queremos referirnos, es el proyecto de investigación-acción participativa “Xochiuehpol”, que se ha ido llevando a cabo en las comunidades nahuahablantes del municipio de Zacatlán, Puebla, desde 2018. El proyecto se originó a partir de un acuerdo de colaboración entre una enfermera y traductora indígena, originaria de San Miguel Tenango, y un investigador académico extranjero. Desde el inicio, el proyecto tenía tres objetivos: 1) ampliar la funcionalidad y elevar el prestigio del náhuatl a través de su uso en el sistema de salud pública; 2) reducir la brecha entre los pacientes nahuahablantes y los trabajadores de salud hispanohablantes; y 3) aumentar la información disponible sobre los problemas de salud más agudos, su prevención y tratamiento, entre la población local.

Tras atraer a nuevos participantes en la etapa de investigación preliminar en San Miguel Tenango, el proyecto produjo dos carteles bilingües sobre diabetes. El texto náhuatl de los carteles fue leído a las personas nahuahablantes de Tenango para asegurar su claridad y autenticidad, mientras que

el contenido en español era asesorado por los médicos del centro de salud comunitario. Tiempo después surgieron otros carteles con temas de educación para la salud y audios informativos basados en ellos, desarrollados de la misma manera. Cuando estalló la pandemia del COVID-19, el proyecto comenzó a publicar videos informativos en náhuatl sobre el nuevo virus. Posteriormente, participó activamente en la campaña de prevención del COVID-19 y en la de vacunación, con el apoyo de las autoridades locales.

Una iniciativa extraordinaria que se originó dentro del proyecto “Xochiuehpol” ha sido la enseñanza del náhuatl para trabajadores de salud hispanohablantes, a lo largo de dos años y medio. Estas clases tuvieron una colaboración fructífera de ambas partes: del lado del instructor y de los estudiantes. Primero, se lanzó la enseñanza en el centro de salud de San Miguel Tenango y un año más tarde, el personal del centro de salud de Zoquitla, una comunidad vecina, se unió a la iniciativa. Actualmente, las clases se dan de manera regular en ambos centros de salud por un maestro nativo de San Miguel Tenango, con la contribución de otros miembros del proyecto en la preparación de los materiales de enseñanza. Cabe anotar también un objetivo adicional del proyecto que se estableció durante el primer año de su existencia: la preservación y promoción de las tradiciones medicinales de comunidades locales. Este objetivo se articula perfectamente con otros objetivos del proyecto, lo que se puede ver en el caso del *Diccionario medicinal de San Miguel Tenango* (Márquez Mora 2026). Esta publicación bilingüe está basada en múltiples entrevistas con residentes indígenas de Tenango que son expertos en diferentes áreas de la medicina tradicional. El diccionario contiene información exhaustiva sobre partes del cuerpo humano, enfermedades, métodos de curación y hierbas medicinales conocidas en las comunidades locales. Además de la preservación de las tradiciones locales y de la lengua náhuatl, su publicación también pretende ayudar a los médicos que trabajan en la zona y necesitan más capacitación lingüística y cultural relevante.

5.3. Obras académicas con recomendaciones o lineamientos para prácticas lingüísticas en el ámbito de salud pública

En la última categoría de las iniciativas desde abajo hay que mencionar otra vez los artículos de Monroy Gaitán (2017) y Martínez Gómez y León Jiménez (2018), que además de informes sobre los estudios y actividades relativos a la comunicación en salud, incluyen pautas para la organización de servicios de traducción y promoción de salud en el contexto de pueblos indígenas. Cabe destacar también el trabajo de Zanier Visintin (2023), en el cual el autor ofrece lineamientos detallados para interpretación médica maya-español, incluyendo una lista de habilidades que deben poseer los intérpretes. Además, en la década pasada fueron publicadas dos obras importantes con el objetivo de ayudar directamente a los médicos que se tienen que comunicar con pacientes hablantes de lenguas indígenas: manuales de comunicación maya-español (Martín y Briceño 2013) y náhuatl-español (Álvarez Licon et al. 2015). El segundo manual, *Guía para el interrogatorio clínico en lengua náhuatl*, está escrito en el náhuatl de la Sierra de Zongolica (sureste de Puebla, centro de Veracruz), pero los autores dejan

abierta la posibilidad de adaptar su guía a cualquier variedad de la lengua. Tal vez el mayor defecto del manual náhuatl-español sea que contiene solo las frases expresadas por una médica o un médico, mientras que no se incluyen las posibles respuestas del paciente.

6. Discusión

La evidencia revisada muestra que el reconocimiento del acceso lingüístico en la salud pública mexicana, aunque está presente en reformas legales y programas federales o estatales, todavía no ha producido los cambios esperados hacia una atención médica culturalmente pertinente. Si bien la Ley General de Salud (México 2006) y la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas (México 2003) son legislaciones consistentes entre sí, en la práctica las lenguas indígenas siguen ocupando un lugar secundario y marginal en la mayoría de los servicios de salud prestados a los pueblos indígenas. Las iniciativas desde abajo pueden ser exitosas a escala local, pero enfrentan dificultades para pasar del nivel micro al meso y, con mayor razón, al macro. Por lo tanto, nuestra discusión se concentra en las condiciones que podrían reducir la brecha entre las normas legales y las prácticas.

Primero, los avances en la política lingüística desde arriba en el futuro previsible son posibles, pero se espera que sean lentos. La ideología lingüística aculturadora y el discurso proindígena declarativo sin implicaciones prácticas son todavía fenómenos comunes entre los trabajadores de salud de todos los niveles jerárquicos, así como en el caso de los maestros de escuela (Baronnet 2013). Además, la evidencia muestra que proyectos generados y ejecutados desde arriba son, a veces: a) desarrollados sin tomar en cuenta los contextos locales en su complejidad y b) orientados más hacia la publicidad que hacia los resultados prácticos. Si la política de salud pública tiene como objetivo respetar los derechos lingüísticos de pueblos indígenas y contribuir a la preservación del multilingüismo y multiculturalidad en el país, las modificaciones a LGS de 2006 (México 2006) deben estimular la creación de un plan específico de medidas que garantice su implementación a nivel nacional. El plan también debería determinar las instituciones y personas responsables para su realización, así como las consecuencias si esa implementación falla.

Por supuesto, la voluntad política y los recursos adecuadamente distribuidos son elementos clave en la implementación de la LGDLPI como parte de la política de salud. Sin embargo, un elemento no menos importante sería la flexibilidad de los programas relevantes. La habilidad de comprender el contexto local y adaptarse a él es indispensable en intervenciones interculturales, y a la vez es difícil de encontrar dentro de una institución tan jerárquica como la salud pública. Sin respetar la voz de las comunidades en la toma de decisiones y el diseño de los programas, será poco probable que funcionen para el beneficio y ejercicio de los derechos de estas comunidades. Suponemos que, sin aflojar las riendas jerárquicas hasta cierto grado, los esfuerzos por mejorar la situación con la comunicación de salud en México no tendrán el efecto deseado.

Segundo, las iniciativas desde abajo discutidas en la sección anterior, en su mayoría han funcionado solo dentro de una comunidad o un municipio. Sin embargo, sus límites geográficos no significan que no sean bastante exitosas. Al estar arraigadas en el contexto específico y aprovechándose del clima político relativamente favorable (en el sentido que no encuentran oposición abierta por parte de autoridades), las iniciativas comunitarias son capaces de cambiar las prácticas en el contexto local y dar ejemplo a otros activistas o grupos de activistas que tienen las mismas aspiraciones. La cuestión no es tanto la escala de esas iniciativas y su habilidad de crecer, sino la posibilidad de su reproducción por otros actores en otros contextos. Aunque es posible que haya más iniciativas de ese tipo en México que las mencionadas aquí, estas no reciben cobertura informativa o reconocimiento público de tal nivel que permitiría a diferentes activistas de los derechos de pueblos indígenas en la salud pública establecer contacto entre sí e intercambiar experiencias.

La comunicación e intercambio de ideas entre las iniciativas comunitarias unidas por los mismos objetivos es un avance factible que por sí mismo no exige recursos extraordinarios. En un principio, sería suficiente crear una plataforma en línea y organizar una conferencia donde los activistas e investigadores de diferentes lugares del país (y, posiblemente, de otros países) puedan reunirse. De esta manera, podrían discutir entre sí varios aspectos de su trabajo: traducción de materiales educativos, interpretación doctor-paciente en vivo, enseñanza de lenguas indígenas a médicos, promoción de salud intercultural y demás. En esas condiciones, también sería posible el surgimiento de algunos proyectos colaborativos más amplios.

Sin embargo, uno de los principales obstáculos para el éxito de las iniciativas surgidas desde abajo es la falta de la coordinación entre ellas y las instituciones gubernamentales de salud pública. Retomando el argumento anterior, es precisamente donde la marcada jerarquización del ámbito laboral limita las posibilidades de avance. Los trabajadores de salud en zonas rurales, aunque tengan interés en establecer relaciones cercanas y respetuosas con las comunidades donde laboran, deben responder no ante ellas sino ante las jurisdicciones regionales, las cuales, a su vez, dependen de las secretarías estatales de salud. En última instancia, son las autoridades regionales quienes definen la política institucional. Por eso, si en ese nivel no se aceptan ni se incorporan las propuestas surgidas desde las comunidades, resulta poco probable que dichas iniciativas puedan ser asumidas plenamente por los médicos y demás personal de salud en el quehacer cotidiano. Además, el horario laboral de esos trabajadores suele estar estrictamente regulado y calendarizado, sin que se contemple un espacio formal para participar en iniciativas comunitarias o brindar consejería en ellas.

Un ejemplo de esta situación se ha observado en el proyecto “Xochiuehpol”, en el cual se colaboró con médicos que, a pesar de su alta carga de trabajo, encontraron tiempo para participar en las actividades del proyecto, aun sabiendo que es poco probable que dicho esfuerzo sea reconocido por sus superiores. En términos generales, la iniciativa de las clases de náhuatl ha tenido resultados positivos; no obstante, uno de los factores que sigue

dificultando su consolidación es la imposibilidad de coordinar el tiempo que se destina a las clases con las autoridades locales de salud. Aunque se mantienen buenas relaciones con la jurisdicción sanitaria local, ni siquiera la dirección puede garantizar que los médicos cuenten con al menos una hora semanal, dentro de su jornada laboral, para aprender náhuatl. Esta situación limita considerablemente sus posibilidades de capacitación lingüística e intercultural. Un acuerdo formal con las autoridades del sector salud y con las instancias sindicales podría incentivar una mayor participación del personal médico en este tipo de capacitación; sin embargo, en las condiciones actuales, lograr tal acuerdo resulta complejo.

El papel de la ideología pluralista no debe minimizarse. Cuando los trabajadores de salud reconocen la utilidad de las lenguas indígenas en su trabajo, la idea de colaboración con miembros de las comunidades en este aspecto resulta más aceptable. Además, la creciente presencia de trabajadores de salud provenientes de comunidades indígenas puede contribuir al cambio de prácticas en los niveles micro y meso. Sin embargo, esta posibilidad de colaboración requiere condiciones institucionales, tales como autonomía local, capacitación intercultural, reconocimiento laboral y mecanismos de coordinación con activistas comunitarios. Solo así los derechos lingüísticos podrán dejar de ser enunciados normativos y convertirse en derechos ejercidos durante la práctica clínica.

7. Conclusiones

Es imposible negar los avances en la política lingüística oficial de la salud pública mexicana, principalmente en el reconocimiento del papel de las lenguas indígenas en la comunicación de salud. Sin embargo, en nuestro artículo mostramos que el impacto de esos avances ha estado lejos de ser contundente. Las disposiciones de las reformas a la Ley General de Salud de 2006 (México 2006) todavía no se han convertido en hechos tangibles: el personal de salud que habla lenguas originarias sigue siendo escaso aún en las regiones donde estas lenguas son dominantes; los servicios de interpretación funcionan solo en algunos ámbitos culturales específicos, y los materiales de promoción de la salud en lenguas indígenas, además de ser escasos, no tienen forma adecuada para beneficiar a la población objetivo.

Si nos centramos en el cambio ideológico, el surgimiento en el ámbito médico del discurso pluralista —el cual valora las tradiciones de los pueblos indígenas y sus lenguas—, se ha debido no solo (o no tanto) a los cambios legales, sino a la creciente popularidad de las ideas del pluralismo cultural en la sociedad mexicana durante las últimas décadas. En el aspecto lingüístico, no se pueden descartar posibles efectos de los cambios ideológicos a nivel internacional, como los que recientemente tuvieron lugar en las políticas lingüísticas de la Unión Europea (Gal 2012). La creciente popularidad del multilingüismo y de la diversidad cultural animó a muchos miembros de comunidades indígenas a emprender sus propias iniciativas, con la aspiración de lograr una comunicación más respetuosa e intercultural en los servicios de salud. En otras palabras, el cambio desde abajo ha sido

más notable que el cambio desde arriba, y esto muestra la necesidad de apoyarse más en el nivel micro para llevar a cabo los cambios ya declarados, como lo sugerimos en la sección anterior.

Finalmente, cabe añadir que el progreso en la política lingüística de salud requiere investigación más amplia sobre la comunicación en salud en comunidades indígenas, sobre todo, acerca de las actitudes lingüísticas tanto del personal de salud como de los pacientes. Esto ayudaría a revelar los obstáculos para el mejoramiento de la comunicación y encontrar los métodos más eficaces para avanzar. Esperamos que nuestro trabajo anime a otros investigadores, médicos y activistas comunitarios a dedicar sus esfuerzos a este aspecto tan importante de la salud pública.

 Bibliografía

- » Aguirre Beltrán, Gonzalo. 1963. *Medicina y magia: El proceso de aculturación en la estructura colonial*. México, D. F.: Instituto Nacional Indigenista.
- » Al Shamsi, Hilal, Abdullah G. Almutairi, Sulaiman Al Mashrafi, y Talib Al Kalbani. 2020. "Implications of language barriers for healthcare: a systematic review". *Oman medical journal* 35 (2): e122.
- » Álvarez Licon, Nelson E., María de la Luz Sevilla González, Eduardo Álvarez Sevilla y Ricardo Álvarez Sevilla. 2015. *Guía para el interrogatorio clínico en lengua náhuatl*. México, D. F.: Instituto Politécnico Nacional.
- » Baker Opperman, Stephanie. 2013. "Modernization and Rural Health in Mexico: The Case of the Tepalcatepec Commission". *Endeavour* 37 (1): 47-55.
- » Baldauf, Richard B. 2008. "Rearticulating the case for micro language planning in a language ecology context". En *Language Planning and Policy: Language Planning in Local Contexts*, editado por Anthony J. Liddicoat y Richard B. Baldauf, 18-41. Clevedon: Multilingual Matters.
- » Baronnet, Bruno. 2013. "Lenguas y participación comunitaria en la educación indígena en México". *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana* 8 (2): 183-208. <https://doi.org/10.11156/aibr.080203>.
- » Bonfil Batalla, Guillermo. 1990. *México profundo: Una civilización negada*. México, D. F.: Editorial Grijalbo.
- » Bourdieu, Pierre. 1991. *Language and Symbolic Power*. Editado por John B. Thompson, traducido por Gino Raymond y Matthew Adamson. Cambridge: Polity Press.
- » Briggs, Charles L., y Clara Mantini-Briggs. 2016. *Tell Me Why My Children Died: Rabies, Indigenous Knowledge, and Communicative Justice*. Durham, NC: Duke University Press.
- » Campos-Navarro, Roberto. 2003. "Una visión general sobre la medicina intercultural". En *Yolpahtli: Servicios de salud con calidad intercultural en pueblos amerindios*. Publicado en línea. https://www.academia.edu/31456840/Una_visi%C3%B3n_general_sobre_la_medicina_intercultural.
- » Campos-Navarro, Roberto. 2016. "Salud intercultural en América Latina". En *Antropología Médica e Interculturalidad*, editado por Roberto Campos-Navarro, 36-44. México, D. F.: McGraw Hill Education.
- » Centeno, Miguel A. y Agustín E. Ferraro (eds.). 2013. *State and Nation Making in Latin America and Spain: Republics of the Possible*. Cambridge University Press.
- » Dagsvold, Inger, Snefrid Møllersen y Vigdis Stordahl. 2016. "'You never know who are Sami or speak Sami': Clinicians' experiences with language-appropriate care to Sami-speaking patients in outpatient mental health clinics in Northern Norway". *International Journal of Circumpolar Health* 75 (1): 32588.
- » Fernández Juárez, Gerardo. 2011. "Claroscuros de la salud intercultural en América Latina". *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. Publicado en línea el 31 de marzo de 2011. <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.61188>.

- » Fitzsimmons-Doolan, Shannon. 2019. "Language Ideologies of Institutional Language Policy: Exploring Variability by Language Policy Register". *Language Policy* 18 (2): 169-89. <https://doi.org/10.1007/s10993-018-9479-1>.
- » Flood, David, Anita Chary, Peter Rohloff y Brent Henderson. 2019. "Language as Health: Healing in Indigenous communities in Guatemala through the revitalization of Mayan languages". En *Language and Social Justice in Practice*, editado por Neta Avineri, Laura R. Graham, Eric J. Johnson, Robin C. Riner y Jonathan Rosa, 136-43. New York: Routledge.
- » Flores, Glenn, Milagros Abreu, Cara Pizzo Barone, Richard Bachur y Hua Lin. 2012. "Errors of Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences: A comparison of professional versus *ad hoc* versus no interpreters". *Annals of Emergency Medicine* 60 (5): 545-553. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2012.01.025>.
- » Gal, Susan. 1998. "Multiplicity and contention among language ideologies: A commentary". En *Language Ideologies: Practice and Theory*, editado por Bambi B. Schieffelin, Kathryn A. Woolard y Paul V. Kroskrity, 317-331. Oxford University Press.
- » Gal, Susan. 2012. "Sociolinguistic Regimes and the Management of 'Diversity'". En *Language in Late Capitalism: Pride and Profit*, editado por Alexandre Duchêne y Monica Heller, 22-42. New York: Routledge.
- » Gany, Francesca, C. Javier González, E. Zoe Schutzman y Debra J. Peltó. 2017. "Engaging the community to develop solutions for languages of lesser diffusion". En *Providing Health Care in the Context of Language Barriers: International Perspectives*, editado por Elizabeth A. Jacobs y Lisa C. Diamond, 149-69. Bristol: Multilingual Matters.
- » Haimovich, Gregory. 2022. *Using and Expanding the Use of the Nahuatl Language in Health Care: Participatory Action Research in Sierra Norte de Puebla*. Tesis doctoral. Universidad de Varsovia.
- » Haimovich, Gregory y Herlinda Márquez Mora. 2021. "Value of communication, value of language: Nahuatl speakers and public health services in Sierra Norte de Puebla". *Multilingua* 40 (3): 277-301. <https://doi.org/10.1515/multi-2020-0027>.
- » Heath, Shirley B. 1972. *Telling Tongues: Language Policy in Mexico, Colony to Nation*. New York: Teachers College Press.
- » Heath, Shirley B. 1977. "Social History". En *Bilingual Education: Current Perspectives, Vol. 1: Social Science*, editado por Joshua Fishman, 53-72. Arlington, VA: Center for Applied Linguistics.
- » Herce, Michael E., Jacob A. Chapman, Arachu Castro, Gabriel García-Salyano y Kaveh Khoshnood. 2010. "A Role for Community Health Promoters in Tuberculosis Control in the State of Chiapas, Mexico". *Journal of Community Health* 35 (2): 182-89. <https://doi.org/10.1007/s10900-009-9206-0>.
- » Herrera Beltrán, Claudia. 2013. "Sobrevivir con \$15, ingreso diario familiar en la Mixteca oaxaqueña". *La Jornada*, 22 de febrero. <https://www.lja.mx/2013/02/sobrevivir-con-15-ingreso-diario-familiar-en-la-mixteca-oaxaqueña/>
- » Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI). 2008. *Catálogo de las lenguas indígenas nacionales: variantes lingüísticas de México con sus autodenominaciones y referencias geográficas*. México, D. F.: INALI.
- » Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI). 2016. "INALI y la Secretaría de Salud certifican a promotores de salud en lenguas indígenas". *INALI*, 22 de septiembre.

<https://www.inali.gob.mx/detalle/inali-y-la-secretaria-de-salud-certifican-a-promotores-de-salud-en-lenguas-indigenas>.

- » Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). 2020. “77 años de la Secretaría de Salud”. 14 de octubre. <https://www.insp.mx/avisos/77-anos-de-la-secretaria-de-salud>.
- » Johnson, David C. 2013. *Language Policy*. New York: Palgrave Macmillan.
- » Kaplan, Robert B. y Richard B. Baldauf. 1997. *Language Planning from Practice to Theory*. Clevedon: Multilingual Matters.
- » Kolstrup, Nils y María Teresa Mosquera. 2016. “Relevancia de la comunicación como fundamento del cuidado sanitario”. En *Antropología Médica e Interculturalidad*, editado por Roberto Campos-Navarro, 270-276. México, D. F.: McGraw Hill Education.
- » Kroskrity, Paul V. 1998. “Arizona Tewa Kiva speech as a manifestation of a dominant language ideology”. En *Language Ideologies: Practice and Theory*, editado por Bambi B. Schieffelin, Kathryn A. Woolard y Paul V. Kroskrity, 103-122. Oxford University Press.
- » Liddicoat, Anthony J. y Kerry Taylor-Leech. 2021. “Agency in language planning and policy”. *Current Issues in Language Planning* 22 (1-2): 1-18. <https://doi.org/10.1080/14664208.2020.1791533>.
- » Limón-Mendoza, Erika. 2024. “Experiencias en torno a la desigualdad educativa que enfrentan las mujeres totonacas”. *Diálogos sobre educación: Temas actuales en investigación educativa* 15 (31). <https://doi.org/10.32870/dse.voi31.1528>.
- » Lo Bianco, Joseph. 2008. “Tense times and language planning”. *Current Issues in Language Planning* 9 (2): 155-78.
- » Loewenberg, Samuel. 2010. “Maricela Zurita Cruz: Voice for Mexican Indigenous Women’s Health”. *The Lancet* 375 (9727): 1685.
- » Márquez Mora, Herlinda. En prensa. *Tlapahtilamatlanichicol San Miguel Tenango. Diccionario medicinal de San Miguel Tenango*. Varsovia: University of Warsaw Press.
- » Martín, Patricia y Fidencio Briceño. 2013. *Manual de comunicación para médicos. Español-maya*. Mérida: Universidad Autónoma de Yucatán.
- » Martínez Gómez, María de Lourdes y Edwin Nazaret León Jiménez. 2018. “Necesidad de intérpretes y traductores de lenguas indígenas en el ámbito de salud: El caso del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca”. En *Traducción e Interpretación de Lenguas Indígenas: Experiencias desde Oaxaca, México*, editado por Alba E. Vázquez Miranda y Martina Schrader-Kniffki, 65-82. Oaxaca: Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca.
- » Maseko, Busani y Prisca Matunge. 2020. “Language Ideologies and Language Practices in Health Services: Patients’ Experiences in Post-Colonial Zimbabwe”. *Alternation* 36: 335-58. <https://doi.org/10.29086/2519-5476/2020/sp36a14>.
- » Menken, Kate y Ofelia García (eds.). 2010a. *Negotiating Language Policies in Schools: Educators as Policymakers*. New York: Routledge.
- » Menken, Kate y Ofelia García (eds.). 2010b. “Stirring the Onion: Educators and the Dynamics of Language Education Policies (Looking Ahead)”. En *Negotiating Language Policies in Schools: Educators as Policymakers*, editado por Kate Menken y Ofelia García, 249-61. New York: Routledge.

- » México. 1984. *Ley General de Salud* (texto vigente). <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- » México. 2003. *Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas* (última reforma DOF 18-10-2023). <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDLPI.pdf>.
- » México. 2006. *Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud*. [https://www.ordenjuridico.gob.mx/Federal/PE/APF/APC/SSA/Decretos/2006/19092006\(1\).pdf](https://www.ordenjuridico.gob.mx/Federal/PE/APF/APC/SSA/Decretos/2006/19092006(1).pdf)
- » México. 2023. *Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, para regular el Sistema de Salud para el Bienestar*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref135_29may23.pdf
- » Monroy Gaitán, José Francisco. 2017. “La evaluación de los indicadores de interculturalidad en los programas de salud dirigidos a la población indígena y la importancia de la comunicación intercultural”. *Revista de Evaluación de Programas y Políticas Públicas* 1 (8): 71-89. <https://doi.org/10.5944/reppp.8.2017.15952>.
- » Pérez Báez, Gabriela. 2016. “Addressing the gap between community beliefs and priorities and researchers’ language maintenance interest”. En *Language Documentation and Revitalization in Latin American Contexts*, editado por Gabriela Pérez Báez, Chris Rogers y Jorge Emilio Rosés Labrada, 165-94. Berlin: De Gruyter.
- » Philips, Susan U. 1998. “Language ideologies in institutions of power: A commentary”. En *Language Ideologies: Practice and Theory*, editado por Bambi B. Schieffelin, Kathryn A. Woolard y Paul V. Kroskrity, 211-28. Oxford University Press.
- » Ricento, Thomas. 2006. “Language Policy: Theory and Practice - An Introduction.” En *An Introduction to Language Policy: Theory and Method*, editado por Thomas Ricento, 10-23. Malden, MA: Blackwell.
- » Santos, Saul y Karina Verdín Amaro. 2011. “Intercultural communication issues during medical consultation: The case of Huichol people in Mexico”. *Cuadernos Interculturales* 9 (17): 257-271.
- » Secretaría de Salud. 2025. *Programa Sectorial de Salud 2025-2030*. Diario Oficial de la Federación.
- » Serralde, Gabriela. 2023. “Enfermeras indígenas exigen formalización laboral”. *El Sol de Morelia*, 26 de junio de 2023. <https://oem.com.mx/elsoldemorelia/local/enfermeras-indigenas-exigen-formalizacion-laboral-video-18955127>.
- » Showstack, Rachel, Silvia Duque, Nikki Keene Woods, Ana López y Amy Chessser. 2022. “Lifting the voices of Spanish-speaking Kansans: a community-engaged approach to health equity”. *Multilingua* 41 (4): 489-517.
- » Smith-Oka, Vania. 2015. “Microaggressions and the reproduction of social inequalities in medical encounters in Mexico”. *Social Science & Medicine* 143: 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.08.039>.
- » Spolsky, Bernard. 2004. *Language Policy*. Cambridge University Press.
- » Suárez, Gerardo. 2020. “Sierra Norte de Puebla: las comunidades tenemos que avanzar en la autosuficiencia alimentaria; hoy quien produce alimentos está un paso adelante”. *Consejo Civil Mexicano para la Silvicultura Sostenible*, 27 de abril de 2020. <https://ccmss.org.mx/sierra-norte-de-puebla-las-comunidades-tenemos-que-avanzar-en-la-autosufi>

ciencia-alimentaria-hoy-quien-produce-alimentos-esta-un-paso-adelante/

- » Vargas, Luis Alberto, Roberto Campos-Navarro y Leticia Casillas. 2016. "Atención a los pacientes en los servicios de salud para poblaciones indígenas". En *Antropología Médica e Interculturalidad*, editado por Roberto Campos-Navarro, 262-69. México, D. F.: McGraw Hill Education.
- » Vass, Alyssa, Alice Mitchell y Yurranydjil Dhurrkay. 2011. "Health Literacy and Australian Indigenous Peoples: An Analysis of the Role of Language and Worldview". *Health Promotion Journal of Australia* 22 (1): 33-37. <https://doi.org/10.1071/he11033>.
- » Zanier Visintin, Alessio. 2023. "Modalidades de interpretación médica maya-español necesarias en la práctica profesional en los servicios de salud de la zona maya del estado de Quintana Roo, México". *Entreculturas* 13: 53-65. <https://doi.org/10.24310/Entreculturasertci.vi13.15345>.
- » Zepeda Pineda, Juan Félix. 1942. *Exploración sanitaria en Ahuacatlán, Puebla*. Tesis en servicio médico social. Universidad Nacional Autónoma de México.

Contribuciones de roles de autoría

Gregory Haimovich (ORCID 0000-0003-2990-4057) y Gregorio Sánchez Cortés (ORCID 0009-0009-6129-4763) contribuyeron en la concepción de la idea, diseño del estudio, diseño de la metodología y formación del marco teórico. Ambos autores contribuyeron en la recolección de los datos, en su análisis e interpretación. Gregory Haimovich contribuyó en la estructura final del artículo. Ambos autores contribuyeron en la redacción del artículo, aprobaron la versión final para ser publicada y son capaces de responder respecto de todos los aspectos del manuscrito.

Reconocimientos

Agradecemos a dos evaluadores anónimos y a las editoras de este volumen, María Florencia Sartori y Anna Kaganiec-Kamieńska, por sus valiosos comentarios y observaciones que nos ayudaron a mejorar el manuscrito.

Declaración de financiamiento

Este estudio fue financiado por el proyecto "Discurso de enfermedades, comunicación de salud y promoción de salud en las comunidades nahua-hablantes de la Sierra Norte de Puebla occidental" dentro del programa IDUB de la Universidad de Varsovia, número de contrato IDUB-622-64/2023.