



# **Derechos culturales en la salud sexual y reproductiva**

Con énfasis especial en Bolivia

Resumen ejecutivo

Family Care International / Bolivia & Fundació Interarts  
2007



## Créditos

### **FCI/Bolivia**

Plaza España  
Calle Gregorio Reynolds, No5  
La Paz, Bolivia  
Tel (591) 2 241 6135  
Email: [Bolivia@fcimail.org](mailto:Bolivia@fcimail.org)  
[www.familycareintl.org.es](http://www.familycareintl.org.es)

### **Fundación Interarts**

Calle Mallorca 272, 9º  
Barcelona, España  
Tel: (0034) 934.877.022  
Email: [interarts@interarts.net](mailto:interarts@interarts.net)  
[www.interarts.net](http://www.interarts.net)

Texto elaborado por: Annamari Laaksonen (Fundación Interarts)  
Edición: Alexia Escóbar (FCI /Bolivia), Ione Hermosa (Fundación Interarts)

*Este estudio ha sido posible gracias al apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo*

Éste es el resumen ejecutivo de documento *Derechos Culturales en la salud sexual y reproductiva. Con énfasis especial en Bolivia* cuya primera versión fue sometida a dos validaciones en noviembre del 2007. Las autoras agradecen la participación y contribución de:

Fidel Bauti. Secretario de Salud Zona Cruz  
Dominga Chinchilla. Secretaria de Salud. CMIB  
Elvis Mayo. Secretario de Salud. CIPOAP  
Guadalupe Pérez, consultora de FCI.  
Gloria Patscheider, Enfermera y Antropóloga, colaboradora de programas de PROHISABA y del Ministerio de Salud  
Higinio Segundo. Secretario de Salud. APG  
Isaac Chiquenoi. Secretario de Salud. CPESC  
Juan Carlos Noe. Secretario de Salud. CPITCO  
Julio Quette. Presidente. CNIS-CIDOB  
Lily Ledesma. Investigadora  
Marcos Paz, Sociólogo, impulsor de la Mesa de Salud Intercultural y asesor del CIDOB  
M<sup>a</sup> Dolores Castro, consultora de FCI-IA. Investigadora de la Guía de SSR  
María Saravia. Secretaría de Comunicación. CIDOB  
Miguel Canaza. Investigador  
Mónica Yaksic, Oficial de Género e Interculturalidad. UNFPA  
Pilar Montalvo. Consultora. FCI / Pando  
Ramiro Molina Barrios, Antropólogo especializado en temas de salud y pueblos indígenas  
Yolanda Ubano. Secretaria de Salud CIRABO

<b>Introducción</b> .....	4
<b>Definiciones</b> .....	5
<b>La mujer en el centro de la mirada</b> .....	7
<b>Salud, derechos y cultura</b> .....	9
<i>Salud reproductiva multicultural</i> .....	9
<i>Ejemplos de proyectos en Bolivia</i> .....	11
<b>Normativización de la cultura</b> .....	13
<i>Cultura y derechos humanos</i> .....	13
<i>Derechos culturales - qué son y de dónde vienen?</i> .....	15
<i>Salud reproductiva y derechos humanos</i> .....	16
<b>Derechos culturales y la salud sexual y reproductiva</b> .....	17
<b>Los derechos culturales y la salud sexual y reproductiva en Bolivia</b> .....	22
<i>La salud intercultural en Bolivia</i> .....	24
<i>El enfoque intercultural en la atención de la salud materna (2007)</i> .....	25

## Introducción

***“Hemos llegado al siglo XXI en el torbellino de la revolución de las telecomunicaciones y asombrándonos por las grandes inversiones con que cuenta la investigación genérica. Pero, como hace siglos, las mujeres continúan muriendo debido a complicaciones relacionadas con la reproducción de la especie humana. Así es: ni siquiera es un asunto exclusivamente femenino, pero parece ser considerado así en la mayoría de los países y llevar, por eso, el sello de la discriminación y la falta de atención que en otros planos experimentan los derechos de las mujeres.” - Marcela Ortiz B***

Cada año más de medio millón de mujeres mueren en el mundo por razones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, un hecho que se ha convertido en la primera causa de la mortalidad de las mujeres en la edad fértil. La mayoría de estas mujeres viven en condiciones de pobreza y discriminación. A pesar de ser etiquetado principalmente como un tema de los países en vías de desarrollo, la salud sexual y reproductiva plena y satisfactoria es un tema importante para toda la humanidad. Las complicaciones en la salud sexual y reproductiva tienen repercusiones a nivel económico y social, pero también cultural en el momento en que las mujeres no tienen el pleno disfrute de sus derechos y de su existencia cultural en condiciones de igualdad y respeto. Los procesos de mejora de la salud sexual y reproductiva no siempre han tenido éxito puesto que no han tenido en cuenta el entorno cultural. El interés en los aspectos culturales en el marco del desarrollo ha aumentado gracias a los resultados positivos de programas culturalmente adecuados y por el hecho que los recursos locales de cultura han funcionado como impulsores de desarrollo social y económico. En los últimos años el debate internacional sobre la multiculturalidad, la diversidad cultural y los derechos culturales ha aumentado demostrando de esa forma la urgencia de protección y promoción de la riqueza de la pluralidad cultural.

Tradicionalmente, los servicios de la salud reproductiva han incluido planificación familiar relacionada con medidas para disminuir el número de embarazos. Estrategias que en pocos casos se traducen en el cuidado individual de la salud de la mujer. En los últimos años, la aproximación a la salud individual de las mujeres ha cobrado más importancia y se relaciona en buena medida con factores culturales. Tener a las mujeres como sujetos y puntos clave de la salud reproductiva significa también reconocer los derechos culturales e individuales de estas mujeres. Es un paso fundamental tomar en cuenta estos aspectos para alcanzar un nivel satisfactorio de la salud sexual, reproductiva y materna.

La libertad de mantener y ejercer la propia cultura es un derecho humano cuyo significado se olvida fácilmente o queda a la sombra de los ingresos económicos y de derechos como la educación. Sin embargo, la cultura es uno de los elementos fundamentales de nuestra identidad o autorrealización a través de la cual reflejamos las diferencias y nuestra relación con las realidades que nos rodean. De la misma forma, las estrategias de reproducción de sistemas socioculturales pueden limitar nuestra libertad individual de elegir la forma de vivir que queremos adoptar. La libertad cultural o la elección cultural nos permiten tanto mantener vivas las tradiciones culturales y la pertenencia cultural de nuestro patrimonio, como también elegir el o los entornos culturales de los cuales queremos ser partícipes. La libertad cultural nos permite también detectar o cuestionar algunas tradiciones culturales que son dañinas o no aceptables según los estándares morales y éticos compartidos de hoy en día. Costumbres de este tipo son por ejemplo, costumbres que configuran una violación de la integridad física de la persona o limitan su autonomía física o espiritual. Ninguna mujer debería ser discriminada o alejada de sus derechos alegando que pertenece a su cultura. El respeto a la diversidad cultural no debe en ningún caso significar la renuncia al disfrute de otros derechos.

En lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva, los derechos humanos parten de la idea de igualdad, equidad, dignidad y no discriminación en el disfrute de los derechos relativos a la salud para garantizar el acceso universal a los servicios de salud de calidad. Los derechos culturales, como derechos humanos relativos a los elementos culturales, reconocen las características distintivas de las culturas y aseguran una base normativa para que las personas, así como sus elecciones y formas de vivir, sean respetadas. En la salud sexual y

reproductiva esto significa el derecho de las personas que acuden a los servicios de salud a ser respetadas por sus características y elecciones culturales y la posibilidad de escoger la variación cultural de los respectivos servicios.

Los derechos culturales son imprescindibles en la defensa de la cultura. Fomentan las posibilidades de la sociedad civil a la hora de participar en los procesos de decisión y nos facilitan la salvaguarda de los elementos que dan contenido emocional y creativo a nuestras vidas. Pero son también instrumentos que necesitan un respaldo ciudadano que permita abrazar la cohesión y el sentido de pertenencia, elementos cruciales para entender la búsqueda de la igualdad y sentido de la comunidad.

Muchas mujeres en el mundo todavía no disfrutan de medidas para influir en las elecciones que afectan a su vida. El objetivo de este resumen del documento marco es presentar, a través de diferentes ámbitos (cultura y salud / cultura y derechos humanos / salud multicultural etc.), el marco del funcionamiento de los derechos culturales en la salud sexual y reproductiva, y de esta forma tener impacto en la búsqueda del equilibrio entre el respeto a la diversidad cultural y el universalismo de los derechos humanos. De la misma forma el proyecto tiene como objetivo buscar los mecanismos orientados a alcanzar la complementariedad entre la tradición cultural y la medicina moderna para asegurar el pleno disfrute de una vida digna para las mujeres.

## Definiciones

**Cultura:** es un proceso no estático formado por una parte tangible y otra intangible. La cultura se constituye a través de valores, símbolos, costumbres, historia, memoria, rituales y formas de entender el tiempo y las relaciones interpersonales. Todas las personas llevan un equipaje cultural debido a su vivencia personal y educación, pero no todas las personas de la misma cultura son idénticas. Todos llevamos varias identidades culturales que nos permiten entender el mundo de una forma individual y colectiva a la vez. La cultura es un fenómeno dinámico que cambia según las necesidades internas y externas, pero muchas veces conserva una esencia fundamental.

**Derechos humanos:** son derechos universales que pertenecen a todas las personas en base a la idea de que estos derechos y libertades son esenciales para la supervivencia, libertad y dignidad humana. Los derechos humanos están recogidos sobre todo en los artículos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y otros instrumentos internacionales. Los individuos pueden tener derechos humanos como individuos así como miembros de una comunidad. Los derechos de las minorías y los pueblos originarios han llegado a ser una preocupación mundial.

**Derechos culturales:** se refieren al derecho de los individuos y los colectivos de mantener, proteger y ejercer su propia cultura siempre y cuando esas costumbres no entren en conflicto con las ideas fundamentales de los derechos humanos universales. Los derechos culturales son importantes porque protegen a las minorías y miembros de una comunidad cultural en su relación con el estado. Los derechos culturales son importantes sobre todo para las minorías culturales, nacionales y lingüísticas, pero también para las personas en general, para poder elegir una manera de vivir.

**Derechos reproductivos:** hacen referencia al derecho de los individuos y las parejas de decidir el número y el momento de tener hijos. Contienen el derecho de las mujeres y los hombres de tener acceso a la información y al uso de instrumentos de planificación familiar de su propia elección y tener acceso al mejor sistema de salud posible relativo a la reproducción y salud sexual. La salud reproductiva y la salud sexual forman una parte importante de los derechos reproductivos. La salud es un componente central en el bienestar y la salud reproductiva un componente central de la salud.

**Salud intercultural:** significa básicamente la capacidad de funcionar entre dos o más sistemas culturales en temas de salud o mejorar el diálogo entre los clientes y proveedores. La idea es incorporar el entorno o condiciones culturales en los servicios de salud. La memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas de México en el 2002 la define como "la

*capacidad de moverse entre los distintos conceptos de salud y enfermedad, los distintos conceptos de vida y muerte, los distintos conceptos de cuerpo biológico, social y relacional (...) en el plano operacional se entiende la interculturalidad como potenciar lo común entre el sistema occidental y el sistema médico indígena (...) respetando y manteniendo la diversidad*<sup>1</sup>.

**Salud reproductiva:** la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, así como cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y de la mujer de obtener información y de planificar su familia libremente, obtener también otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables y que se reconozca el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgo y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.<sup>2</sup> La salud sexual y reproductiva incluye además de la atención a la salud materna y la planificación familiar, aspectos tales como la prevención de la violencia sexual y doméstica, y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.

Otros conceptos que aparecerán en el documento son:

**Democracia cultural:** la relación entre democracia y ciudadanía ha dado paso a la idea que la ciudadanía no es exclusivamente una cuestión política, sino que abarca otras realidades como el espacio social y cultural. Esto ha facilitado que hayan surgido conceptos como la diversidad, los derechos culturales y la democracia cultural. La democracia cultural parte de la idea que ninguna persona ni cultura es superior a otra y que todas las personas tienen derechos y necesidades relativas a la cultura que se deben respetar.

**Diversidad cultural:** El documento sigue de la definición amplia de UNESCO sobre la diversidad cultural: *diversidad se manifiesta en la originalidad y la pluralidad de las identidades que caracterizan a los grupos y las sociedades que componen la humanidad. Fuente de intercambios, de innovación y de creatividad, la diversidad cultural es tan necesaria para el género humano como la diversidad biológica para los organismos vivos. En este sentido, constituye el patrimonio común de la humanidad y debe ser reconocida y consolidada en beneficio de las generaciones presentes y futuras*<sup>3</sup>.

**Identidad cultural:** La identidad de una persona es múltiple, toma en cuenta su lugar de origen, grupo de referencia, género, sexualidad, educación y otros componentes. Muchas de estas identidades son complementarias mientras otras pueden ser incluso contradictorias. En general la identidad cultural refleja nuestro sentimiento de pertenencia a una sociedad o una comunidad y es un elemento importante en nuestro crecimiento personal. La identidad cultural tiene tendencia a acentuarse cuando está en peligro o amenazada, aunque cabe añadir que las identidades culturales rígidas pueden llevar a fundamentalismos o aislamiento cultural.

### **Libertad cultural**

El informe sobre el Desarrollo Humano del Programa de Desarrollo de Naciones Unidas (PNUD) del 2004, "*Libertad cultural en el mundo diverso*", subraya que la libertad cultural es un ingrediente elemental en el desarrollo humano y es vital para todas las personas sentirse libres de elegir su propia identidad y ejercer sus derechos de decisión sin discriminación; practicar su religión sin represión; hablar su propio idioma; practicar sus tradiciones religiosas o culturales; participar en la vida cultural de su comunidad; o tener acceso a su patrimonio cultural, entre otras libertades. La libertad cultural está íntimamente conectada con el concepto amplio de la libertad individual y de las comunidades. Básicamente, la libertad cultural significa la posibilidad del individuo de elegir su forma de vivir sin ser discriminado o aislado. La libertad cultural ofrece la posibilidad de desprenderse de las constricciones que a veces perpetúan las tradiciones culturales sobre las libertades individuales, ofreciendo la posibilidad de seguir manteniendo una

---

<sup>1</sup> En Gallardo

<sup>2</sup> Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo del Cairo, Párrafo No. 7.2.

<sup>3</sup> Declaración Universal de la UNESCO sobre la diversidad cultural, 2001.

identidad cultural. La libertad cultural otorga libertad al individuo para decidir sobre su propio futuro cultural, sobre sus necesidades básicas y culturales y sobre su vínculo con las diferentes comunidades. Para las comunidades, la libertad cultural es una oportunidad colectiva para definir y motivar la comunidad según las libertades culturales individuales.

**Pueblo originario / comunidad indígena:** Según el Convenio OIT 169 (Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 Convenio sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes) los pueblos indígenas o originarios son a) los pueblos tribales en países independientes, cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distinguen de otros sectores de la colectividad nacional, y que estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por una legislación especial; y b) los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, propias o parte de ellas.

## La mujer en el centro de la mirada

***“Para tratarse de un hecho que se repite desde la aparición del primer ser humano sobre el planeta, la muerte de más de medio millón de mujeres en el mundo anualmente antes, durante o después del parto – 63 mujeres diariamente en la región – no puede sino reflejar inequidades históricas que se repiten en otros planes en la vida de las mujeres”<sup>4</sup>***

En el 2005, 94 países de los 149 de los cuales hay información, no habían establecido los objetivos de igualdad de género escritos en los Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas. A pesar de este dato, en los últimos años ha habido desarrollos positivos en el papel de las mujeres en sociedades. En varios estados muchas mujeres tienen altos cargos políticos y en otros países finalmente han ganado alguna representación política o incluso el derecho a voto. En el caso de los derechos sexuales y reproductivos los desarrollos son lentos. En el año 2006, la corte suprema de Colombia falló positivamente sobre el aborto permisivo en los casos en que el embarazo presenta un riesgo para la vida de la mujer o en los casos de violación. Al contrario, la legislación nicaragüense declaró todos los abortos ilegales en cualquier circunstancia. En los Estados Unidos en el estado de Dakota del Sur, el cuerpo legislativo votó prohibir todos los abortos (excepto en caso de salvar la vida de la embarazada). Sin embargo, los votantes del estado no estaban de acuerdo y votaron en contra de la decisión<sup>5</sup>.

El informe “Porque soy una niña”<sup>6</sup> (“Because I’m a girl”) afirma que los Objetivos del Milenio están en peligro si no se lucha por una igualdad universal de todas las personas. El informe presenta las dimensiones de género relativas a las niñas en los Objetivos del Milenio y de acuerdo con el quinto objetivo estipula que las complicaciones en la salud sexual y reproductiva son la mayor causa de muerte de niñas de 15 a 19 años en los países en vías de desarrollo. Las niñas y las mujeres enfrentan la discriminación en sus vidas en varios ámbitos, pero el ámbito de la salud sexual y reproductiva es quizá donde las discriminaciones son más fuertes, y más violentas. Muchas mujeres no tienen el dominio de su propio cuerpo y muchas veces este control está ejercido por la propia comunidad cultural. Millones de mujeres sufren violencia sexual, discriminación por su identidad sexual o embarazos no deseados. Estos problemas no son fenómenos sólo en los países en vías de desarrollo, en muchos países industrializados las tasas de violencia machista o embarazos de adolescentes son asimismo particularmente altas.

Los procesos y acuerdos internacionales importantes relativos a temas de género son la Conferencia de Viena sobre los Derechos Humanos (1993), el plan de acción de la Conferencia Internacional del Cairo sobre la Población y el Desarrollo (1994), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing (1995), Beijing +5 (2000) y los Objetivos del Milenio de las Naciones

<sup>4</sup> Marcela Ortiz, “26 de mayo: mortalidad materna en el siglo XXI”. Disponible en: <http://www.muiereshoy.com/secciones/769.shtml>

<sup>5</sup> Ver: Women’s Rights Development of 2006 por Kathambi Kinoti. Fuente: Newsgroup sobre derechos económicos, sociales y culturales.

<sup>6</sup> *Because I’m a girl*, Plan International, 2007.

Unidas. Los resultados de estos procesos han permitido la reinterpretación de las normas, la expansión de áreas de protección, el reconocimiento de los derechos de la mujer como derechos humanos e identificar los vacíos de protección en el marco de los derechos humanos.

En relación a los derechos de la mujer, el instrumento internacional más importante es la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979)<sup>7</sup> monitoreada por el Comité de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Otro acuerdo importante es la Declaración y Plan de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre las mujeres en 1995. El Plan de Acción incluye 12 áreas críticas de la vida para mejorar la posición e influencia de las mujeres y las niñas.

La Conferencia del Cairo sobre Población y Desarrollo de 1994 produjo un Plan de Acción para los gobiernos para comprometerse en la promoción y cumplimiento del derecho de todos los individuos de tomar decisiones acerca de su propio cuerpo y sexualidad. La Conferencia Mundial de Mujeres de Beijing de 1995 incluyó como una de las áreas críticas, las desigualdades e inadecuaciones y acceso desigual a servicios de salud o servicios relacionados (área 3), así como también la falta de respeto por, y la promoción inadecuada, de los derechos humanos de las mujeres (área 9). A la plataforma de Beijing se añaden las políticas relevantes que han sido desarrolladas recientemente en conferencias sobre el medio ambiente (Río de Janeiro, 1992), población (El Cairo, 1994) y desarrollo social (Estocolmo, 1996). La celebración de estas conferencias y otras varias iniciativas demostró la conexión entre los derechos económicos y la igualdad social de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos.

*“Los Estados Partes tomarán las medidas apropiadas para:*

*a) Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres;*

*b) Garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y desarrollo de sus hijos, en la inteligencia de que el interés de los hijos constituirá la consideración primordial en todos los casos.*

*Artículo 5 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979)<sup>8</sup>*

Varias organizaciones de los derechos humanos han detectado un empeoramiento de los derechos humanos de las mujeres a pesar de iniciativas como el Plan de Acción de Beijing y los Objetivos del Milenio. En América Latina, la mayoría de los marcos de derecho constitucional aún no reconocen el término ‘derechos sexuales’ y algunos movimientos religiosos han intentado eliminar el concepto de ‘derechos reproductivos’ de las iniciativas de los derechos humanos. Durante la conferencia de ‘Beijing más diez (Beijing plus ten) – llamada ‘Beijing menos diez’ por varias organizaciones de la sociedad civil – los derechos sexuales y reproductivos fueron ‘barridos debajo de la alfombra’.

El trabajo sobre los derechos de la mujer y la vinculación entre diferentes derechos relativos a las áreas de importancia a la vida de las mujeres es un trabajo en que el mero reconocimiento de la existencia de tales derechos no es suficiente. El pleno disfrute de los derechos de la mujer requiere cambios profundos en la sociedad. Susana Chiarotti lo expresa haciendo referencia a la necesidad de trabajo sobre las estructuras y modelos sociales: *“Para lograr la total vigencia de los derechos de las mujeres, se requeriría transformar no sólo el andamiaje legislativo de cada país, sino también los usos, costumbres, prácticas personales y colectivas;*

<sup>7</sup> [www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/e1cedaw\\_sp.htm](http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/e1cedaw_sp.htm)

<sup>8</sup> La Convención también menciona en su Artículo 13 el derecho de participar en la vida cultural.



*erradicar prejuicios, tabúes, en una palabra, propiciar grandes cambios en la vida de las personas, las familias y los pueblos. Para instaurar los DESC [derechos económicos, sociales y culturales] en su integridad, habría que cambiar la manera en que están repartidos los recursos, sobre todo en nuestra región, la más desigual del planeta. Eso supone, asimismo, transformaciones profundas, tanto en el intercambio entre los Estados, en las estructuras económicas y políticas de los países, en el reparto comunal y familiar de bienes y servicios y también, en la percepción individual de la democracia y la ciudadanía<sup>9</sup>.*

En los últimos años, las organizaciones de mujeres indígenas han intensificado su labor y reflexión sobre temas de igualdad y derechos. El informe de la Primera Conferencia Internacional sobre Mujeres Indígenas, organizada por la Comisión de Mujeres Indígenas del Consejo Mundial de los Pueblos Indígenas en 1993 reconoce que las mujeres están marginadas como indígenas, pero también como mujeres, y que enfrentan a la discriminación en todos los niveles de la vida social desde lo individual hasta lo nacional<sup>10</sup>. La Primera Cumbre de Mujeres Indígenas de las Américas (2002) hizo hincapié en los temas relativos a la vida política, económica, social y cultural de las mujeres indígenas.

## **Salud, derechos y cultura**

### ***Salud reproductiva multicultural***

Los componentes culturales en sistemas de salud no son una novedad. Ya los propios sistemas de salud están culturalmente formulados. De todas formas, el sistema biomédico tradicionalmente no incluye temas culturales en sus procedimientos ni da mayor importancia al entorno cultural de las personas que acuden a los servicios de salud. Sin embargo, por varias razones las aproximaciones culturales a la salud han aumentado en los últimos años ya sea porque han mostrado su utilidad como instrumentos interdisciplinarios en los procesos de desarrollo, o porque han llegado a tener más peso en los sistemas de salud de los contextos de la medicina occidental. Muchos servicios de salud en diferentes partes del mundo han producido guías para los profesionales sobre asuntos multi e interculturales en los servicios de salud. Como complemento, los sistemas de la medicina tradicional tienden a tener una aproximación más holística que toma en cuenta la base cultural.

La Carta de Ottawa de 1986 para la Promoción de la Salud de la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (Organización Mundial de la Salud) reconoce la importancia de la reorientación de los servicios de salud para que tomen en cuenta los factores y necesidades culturales. La continuación de ella, la Carta de Bangkok de 2005, ya no reconoce explícitamente la importancia de los factores culturales aunque destaca la importancia de la reacción del sector de la salud a afrontar los cambios de la salud mundial<sup>11</sup>.

La Organización Panamericana de la Salud empezó a incluir temas multiculturales en sus programas de trabajo y planificación después de la celebración de la reunión del grupo del trabajo en Pueblos Indígenas y Salud en Winnipeg, Canadá (1993), y la organización adoptó la iniciativa en la Salud de los Pueblos Indígenas en las Américas. Las áreas centrales de esta iniciativa incluyen la participación de los pueblos indígenas en la operación e implementación de las iniciativas en la salud.

La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (1993) reconoce el compromiso de reconocer, valorar y rescatar la riqueza cultural y la sabiduría ancestral de los pueblos originarios y promover actividades coordinadas con otros organismos, tanto gubernamentales como no gubernamentales,

---

<sup>9</sup> Chiarotti, 2006.

<sup>10</sup> Pan American Health Organization, 1997.

<sup>11</sup> La carta de Ottawa <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>. La carta de Bangkok [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok\\_charter/en/index.html](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/index.html). La Carta de Bangkok es el resultado de la 6ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. En la carta se establecen los principales retos, medidas y compromisos necesarios para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado involucrando a numerosos agentes e interesados directos que son fundamentales para alcanzar la salud para todos.

destinadas a la mejora de las condiciones de salud y de vida de los pueblos indígenas en sus países.

Las **barreras culturales** en los servicios de salud se dan por la falta de comprensión de los contextos culturales por parte de los responsables políticos, gerentes y personal técnico y de apoyo. En no pocos casos se otorgan reconocimientos a diferentes culturas en detrimento de otras. Los estereotipos negativos que califican a tal o cual cultura no son un fenómeno extraño en los países de la Región. La expresión de las barreras culturales en los servicios de salud, se traduce en los problemas que existen en los servicios públicos de salud, asociados al desempeño del personal de salud, los horarios de atención, la disposición física y los procedimientos técnicos utilizados por los servicios públicos de salud. Cada una de estas manifestaciones representa una incongruencia entre los paradigmas utilizados por la organización y provisión de servicios públicos de salud en poblaciones multiculturales y las diferencias de las culturas en cuanto a lengua y comunicación, valores y creencias, formas de vida y organización del tiempo (Proyecto: Incorporación del abordaje intercultural de la salud, OPS/OMS, 1998)<sup>12</sup>.

Hay un número elevado de acuerdos internacionales que abordan el tema de la salud intercultural<sup>13</sup> aunque no existen instrumentos internacionales que hagan referencia explícita a la relación entre derechos reproductivos y derechos culturales.

En el ámbito de la salud, los mecanismos preestablecidos han sido cuestionados por profesionales dentro y fuera del ámbito profesional. Agencias internacionales, grupos y comunidades culturales, organizaciones no gubernamentales, profesionales del sector sanitario e incluso gobiernos nacionales han levantado voces para involucrar visiones alternativas aunque complementarias con el sistema de la medicina occidental. Los beneficios de adaptar aproximaciones culturalmente sensibles se han demostrado en la práctica cuando los/as usuarios/as vuelven a acudir los servicios de salud satisfechos con el tratamiento que han recibido.

La salud intercultural sexual y reproductiva compagina los papeles tradicionales y culturales de los miembros de la comunidad con los avances de la medicina moderna. En los procesos interculturales es importante buscar complicitad y alianzas con los agentes/actores que tienen un papel destacado en las comunidades, como puede ser por ejemplo el papel de las parteras tradicionales en las comunidades indígenas. *“Las parteras empíricas ocupan un lugar estratégico en la asistencia de la madre y el recién nacido en las comunidades aborígenes de América Latina que, por razones geográficas, económicas y/o culturales, no tienen acceso a la atención sanitaria institucional. Algunas experiencias demuestran que las comadronas pueden ser un puente de articulación entre la medicina académica y la tradicional para lograr disminuir los altos índices de mortalidad materna en países en vías de desarrollo”*<sup>14</sup>. Los altos índices de mortalidad materna e infantil muestran la necesidad de capacitar a las parteras con

<sup>12</sup> Texto de Orientación de marcos jurídicos....

<sup>13</sup> Son varios los convenios, declaraciones, acuerdos y leyes nacionales e internacionales que se han emitido. Algunos acuerdos son de carácter general como la Declaración de los Derechos Humanos (1948); los Acuerdos de la Cumbre de la Tierra (1992); las Resoluciones de la Cumbre de las Américas (1994), y otros específicos como el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1989); el Convenio de Constitución del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (1992), el Convenio de la Biodiversidad (1992); el Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo (1994); la Resolución CD37.R5 de OPS/OMS (1993); la Declaración de Compromiso entre el Parlamento Indígena de América y la Organización Panamericana de la Salud (1995); la Resolución CD40.R6 de OPS/OMS (1997) y las resoluciones de los talleres con miras a la Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas (1996). Varios países han planteado la revisión de sus Constituciones (Bolivia, Colombia, Ecuador, México, Nicaragua, Paraguay), otros (Bolivia, Chile, Colombia, Guatemala) han emitido leyes y reformas favorables a sus poblaciones indígenas (OPS/OMS, 1998). Fuente: Rojas et al. 1998

<sup>14</sup> Cuando la medicina moderna vive con los saberes ancestrales. Bibliomed. <http://www.buenasalud.com/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3153&ReturnCatID=343>

conocimientos modernos y actualizados, y contar con su complicidad en el contacto con los/as usuarios/as de los servicios.

El Manual sobre la Humanización y Adecuación Cultural al Parto (FCI/Ecuador) reconoce que *“a lo largo de la región, las barreras culturales, las actitudes poco respetuosas y la limitada habilidad comunicativa de muchos proveedores de salud limitan el acceso de las mujeres a la atención calificada. Las mujeres, especialmente las mujeres indígenas, rechazan el tratamiento que reciben en los hospitales, que perciben a menudo como irrespetuoso e insensible, cuando no ofensivo”*<sup>15</sup>. El Manual afirma que las barreras culturales representan un obstáculo para la atención necesaria y hace un llamamiento a los profesionales para que se tengan en cuenta los valores y tradiciones culturales de la comunidad para asegurar que las mujeres vuelven a los centros de salud o a los servicios profesionales de la salud para ser atendidas.

### **Ejemplos de proyectos en Bolivia**

El Proyecto “Implementación experiencia piloto para Salud Intercultural en la Red Azanake” [Bolivia] del Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional recoge varios ejemplos de iniciativas interculturales en la salud (o iniciativas de salud con componentes interculturales) en Bolivia. Como estrategias estas iniciativas implementaron, entre otros:

- Aportes de la medicina local en beneficio de la medicina oficial y la interculturalidad (incluyendo la capacitación de personal en salud en el uso de plantas medicinales y práctica de atención del parto)
- Aportes de la medicina oficial en beneficio de la medicina local y la interculturalidad (incluyendo la capacitación de parteras/os)

Luego se contrastaron estas estrategias, fortalecidas con otras (incluyendo la revalorización del uso de la lengua local) con información de proyecto(s) existentes y se elaboró una propuesta definitiva y un plan de adecuación de los ambientes para la atención del parto. Este plan tiene como objetivo *“la construcción de un modelo de salud intercultural en base al reconocimiento y el ejercicio de la identidad con equidad y **derecho a la diferencia**, que permita articular y fortalecer los dos sistemas de salud que actúan en el espacio geográfico.*

El proyecto estableció estrategias para implementar (la sensibilización de todo el personal de salud y la capacitación en salud intercultural; la coordinación y participación de las autoridades local y proveedores/as de salud de la medicina tradicional; registro de parteras/os y curaderos, con prioridad los/as primeros/as; trabajo en conjunto con parteras/os) y eligió los lugares para implementar la experiencia (Qaqachaca t Huari).

Los resultados incluyen elementos como:

- Mejora de la comunicación y sensibilización cultural (cambio de actitudes) así como también capacitación de los/as profesionales en la comunicación intercultural
- Intercambio de conocimientos – *conocer y compartir las preocupaciones de la comunidad*
- Composición de comité con alta participación comunitaria
- El registro y trabajo con parteras
- Atención humanizada del parto y adecuada al contexto cultural (incluye la responsabilidad de los/as profesionales de respetar las tradiciones culturales de las parturientas y ofrecer apoyo emocional e información)

El informe *“Volveré, no volveré?, aportes al diálogo entre modelos culturales del parto”*, informe final del proyecto *Hacia la reducción de la mortalidad materna en Bolivia: prácticas apropiadas*

<sup>15</sup> Manual para la Humanización y Adecuación Cultural del Parto, 2006.

*del parto en los sectores formal e informal del cuidado perinatal*, financiado por la Comisión Europea y llevado a cabo por dos universidades europeas y tres instituciones bolivianas a mediados de los años noventa, subraya en sus objetivos la necesidad de identificar la conexión entre las prácticas adecuadas del parto y las razones de la subutilización de los servicios de salud formales. El informe dibuja el mundo de los significados culturales relativos al parto en un entorno cultural específico así como ilustra la situación mundial de debates sobre políticas de salud de los años noventa y las causas principales de morbilidad materna. En sus recomendaciones el proyecto subraya cinco pasos:

- Fomentar el diálogo entre servicios tradicionales y biomédicos
- Frenar la disminución del número de parteras tradicionales
- Apaciguar los miedos culturales acerca del parto hospitalario
- Coordinar la atención de urgencia en ambos sistemas de atención al parto
- Realizar futuras investigaciones incluyendo un estudio a gran escala sobre los diferentes sistemas de manejo del alumbramiento de la partera.

*Adaptación de Servicios de Salud de Reproducción Multiculturales en Bolivia*<sup>16</sup> (2005) se desarrolla en la municipalidad de Tinguipaya en Potosí con el objetivo de incrementar el acceso y uso de las mujeres de los servicios de salud en general y en particular de los servicios de salud reproductiva a través del ofrecimiento de servicios de salud culturalmente apropiados. El proyecto fue llevado a cabo por el Ministerio de Salud y Deportes y el Proyecto de Salud Integral (PROSIN) con la asistencia del Consejo de Población Frontiers en el Programa de la Salud Reproductiva. Los objetivos del proyecto fueron trabajar con los profesionales del sector de salud para:

- Aumentar el entendimiento y la aceptación de la 'otra' cultura
- Mejorar las capacidades del diálogo
- Facilitar y promover el uso de quechua en los centros de salud
- Mapear sistemáticamente las necesidades de salud de sus clientes
- Establecer un self-assessment y mecanismos de supervisión

Además, también se encontraba el objetivo de promover la interacción entre la comunidad y los proveedores para fortalecer la interacción entre los proveedores de la salud tradicional y el sistema moderno. Según el informe final, los resultados demuestran una mejora positiva sobre todo en las interacciones entre los profesionales y los/as usuarios/as. El proceso obtuvo como producto un manual de formación que incluye información cultural de la comunidad y descripciones de las prácticas culturales relativas a la salud reproductiva, protocolos culturalmente apropiados para la implementación de servicios de salud reproductiva, apoyo lingüístico y manual para estrategias de mejora de la calidad comunicativa entre los proveedores y los/as usuarios/as.

El uso de las plantas medicinales es una práctica milenaria de los pueblos indígenas que ha sido objeto de 'satanización' en varias ocasiones por parte de los profesionales de la medicina 'occidental'. Para las comunidades indígenas, el uso de las plantas medicinales es fundamental ya que forma parte de un conocimiento médico ancestral y una memoria compartida, además de ser una parte elemental de la cultura. Como resultado del interés de los últimos años en el conocimiento de la medicina andina e indígena, y para evitar la apropiación externa o interesada de las formas tradicionales se han llevado a cabo varios procesos de sistematización de las plantas medicinales. Una parte de este conocimiento está recopilado en el Manual de *Prácticas de Medicina Tradicional* para recuperar, sistematizar y catalogar el conocimiento de la medicina andina y para asegurar el uso adecuado.

"Willaqkuna" es un programa de formación en salud intercultural en los Departamentos de Potosí y La Paz para profesionales del sector de la salud con el objetivo de capacitar a los profesionales con nuevos conocimientos y sensibilidad cultural. Además de la humanización de

<sup>16</sup> "Cross-cultural Adaptation of Reproductive Health Services in Bolivia", 2005.

los servicios de atención al parto (y otros temas relativos a la salud sexual y reproductiva) también busca a formar a docentes locales para extender la iniciativa a nivel regional. El programa consta de 12 módulos didácticos implementados por docentes de orígenes y disciplinas diferentes. Este programa ha producido como resultado cambios en las carreras universitarias de salud de las universidades participantes y la introducción del tema de la salud intercultural en las políticas públicas locales, además de amplias colaboraciones internacionales.

## Normativización de la cultura

### **Cultura y derechos humanos**

Traducir la cultura en leyes y estándares normativos no ha sido nunca una tarea fácil ya que la propia naturaleza de la cultura escapa de encasillamientos y espacios marcados. Además, en el trabajo de la sistematización de los derechos humanos relativos a la cultura se ha tenido tendencia a quedarse al margen de la normativización, por cuestiones de tipo ideológico y político que rodean este tema que puede resultar sensible y complejo. Por otra parte, los derechos culturales, como los restantes derechos humanos, han formado parte del debate todavía parcialmente vigente entre universalidad y relativismo cultural. La universalidad de los derechos significa que los derechos y libertades fundamentales son los mismos para todas las personas sin importar el entorno cultural o las normas de la comunidad. Además, la universalidad de los derechos destaca que los derechos universales son individuales y no pueden ser limitados por el estado o la comunidad.

La cultura puede generar contraposiciones y conflictos, sería inútil pensar que toda cultura es buena y tiene que ser objeto de protección. *“El problema es ¿quién define los criterios? Algunas instituciones tradicionales – clases sociales y partidos políticos – han empezado a tener menos importancia en términos de expresión de la identidad. El poder de la cultura para crear imágenes, marcar visiones, construir imaginarios y transferir experiencias y emociones ha llegado a ser tan importante y diverso como las expresiones más tradicionales de la identidad”*<sup>17</sup>. Los derechos culturales nunca llegarán a tener efectividad real si no van acompañados de una actitud de compromiso por parte de las ciudadanas y los ciudadanos.

Los estados, las sociedades y a veces hasta las propias comunidades culturales tienen un papel importante en la normativización de la cultura. Todos estos actores en principio deberían dejar que las personas mismas definieran tanto como fuera posible su identidad cultural y en qué consiste su cultura. Estos actores oficiales tienen un importante papel de facilitadores del acceso al derecho a la cultura. Los instrumentos internacionales (documentos sobre los derechos humanos) reconocen sobre todo el papel del estado para facilitar a través de sus medios los derechos humanos relacionados con la cultura. De todas formas, el papel que deben adoptar estos actores – estados, sociedades y la comunidad – es sobre todo de facilitadores y no de actores de control intransigente sobre la vida de los miembros del entorno en cuestión.

Algunos grupos indígenas han expresado que los derechos humanos son sólo una manera de expresar los códigos éticos del comportamiento. Muchas comunidades tienen sus propias normas culturales que nacen de diferentes nociones y perspectivas de la realidad y de maneras de ver el mundo. Los derechos humanos son una manera de establecer igualdad y justicia, y reconocer las formas de vivir de las comunidades indígenas, y estos derechos han servido sobre todo para dar finalmente protagonismo a estas comunidades a ojos del mundo después de un largo período de injusticias y repercusión. Los derechos humanos no han cambiado el mundo instantáneamente ni han mejorado la situación de las comunidades indígenas, pero han servido como instrumentos para dotar de visibilidad a los distintos problemas a los que hacer frente. De la misma manera que los derechos específicos de los pueblos originarios merecen un marco jurídico permeable y un respeto y consideración especial, los derechos de la persona humana no deberían quedar por debajo de los derechos o el control de la comunidad cultural.

---

<sup>17</sup> Laaksonen, 2006.

El respeto y la conservación de la memoria colectiva y la cultura de los pueblos originarios tampoco significa cerrarlos en un grupo cultural aislado y limitar su derecho al desarrollo, siempre y cuando las llaves de su desarrollo estén en manos de las propias comunidades.

Los instrumentos internacionales que hacen referencia a las minorías y sus derechos relativos a la cultura son varios. La Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas (Naciones Unidas, 1992), afirma en su Artículo 2: *"Las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosa y lingüísticas tendrán el derecho a disfrutar de su propia cultura, a profesar y practicar su propia religión, y a utilizar su propio idioma, en privado y en público, libremente y sin injerencia ni discriminación de ningún tipo (2.1.). Las personas pertenecientes a minorías tendrán el derecho de participar efectivamente en la vida cultural, religiosa, social, económica y pública"*. También las Recomendaciones de Lund sobre la Participación Efectiva de las Minorías Nacionales en la vida pública reconocen que: *"Las minorías tienen el derecho de determinar y disfrutar sus propios símbolos y otras formas de expresión cultural"*<sup>18</sup>. El Convenio núm. 169 Convenio sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes de la OIT obliga a los estados a impulsar el desarrollo a través del consenso, lo que supone la negociación y el diálogo multisectorial sobre las definiciones y los mecanismos para ubicar, diseñar, implementar y monitorear los proyectos de desarrollo que afecten a los pueblos indígenas<sup>19</sup>. El Artículo 25 del Convenio establece la obligación de los estados a organizar los servicios de salud a nivel comunitario con la preferencia el empleo del personal local.

#### Artículo 25

- 1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.*
- 2. 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.*
- 3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.*
- 4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.*

Después de más de 20 años de espera, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó el pasado 29 de junio con 143 votos a favor, 4 en contra y 11 abstenciones, la Declaración Universal de Derechos de los Pueblos Indígenas. Esta declaración reconoce los derechos fundamentales de los pueblos indígenas a la tierra, los recursos, la lengua, la cultura y las creencias espirituales, entre otras cosas. La declaración está compuesta por 46 artículos entre los cuales el Artículo 23 reconoce el derecho de los pueblos indígenas a elaborar su propia definición sobre el desarrollo. El Artículo 24 reconoce el derecho a utilizar medicinas naturales, acceder a servicios de salud del Estado sin discriminación y mantener las prácticas de salud propias.

#### Artículo 23

*Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernan y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones.*

<sup>18</sup> Recomendaciones de Lund, 1999.

<sup>19</sup> MacDonald, 2006.

#### Artículo 24

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico. Las personas indígenas también tienen derecho al acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.
2. Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho.

Aunque los discursos sobre los derechos humanos de los pueblos indígenas han aumentado, no muchas veces, como lo expresa Tarcila Rivera Zea, han incorporado “*en los discursos del movimiento indígena, las reivindicaciones de género ni se toma en cuenta los conflictos en el interior de las familias y comunidades*”<sup>20</sup> a pesar, apunta Rivera Zea, de los múltiples avances en el tema. Se calcula que hay más de 300 millones de personas autóctonas que viven en más de 70 países, lo que constituye cerca de un 5 por ciento de la población mundial.

#### **Derechos culturales - qué son y de dónde vienen?**

Tradicionalmente, en la definición teórica, en referencia a los derechos culturales se han subrayado las dimensiones relacionadas con las minorías lingüísticas y étnicas. Luego se ha percibido un cambio, sin dejar de lado los derechos de las minorías, en la medida que se han reconocido los elementos de la identidad y una concepción amplia de la cultura, incluyendo por ejemplo los derechos a la conservación y la preservación de las culturas; el derecho a la información y el derecho a la expresión cultural, entre otros. Con todo esto, los derechos culturales en una comunidad, y de la comunidad han empezado a tener más influencia, hecho que destaca la importancia del acceso y la promoción de la supervivencia de las culturas en el marco en que las culturas están sujetas a muchas influencias y cambios constantes.

Los derechos culturales están consagrados en algunos instrumentos internacionales y regionales, algunos de ellos hacen hincapié en la dimensión individual de los derechos culturales y otros en las dimensiones colectivas, unos en las dimensiones universales y otros en las dimensiones regionales como el Protocolo de San Salvador o la Carta Africana. La Carta Africana menciona también los deberes culturales, según los cuales los miembros de la sociedad tienen la responsabilidad de mantener y reforzar los valores regionales en interacción con otros miembros de la sociedad.

El instrumento fundamental de los derechos culturales es el artículo 27 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos del año 1948 y aunque los derechos culturales no tuvieron mucha presencia en los años posteriores a la Declaración y al Pacto, hay documentos internacionales que reconocen su importancia. La Recomendación sobre el incremento de la participación de la ciudadanía en la vida cultural y su contribución a la misma (UNESCO, 1976) presenta una definición más amplia de Cultura y reconoce que el acceso y la participación guardan una relación más amplia con todas las dimensiones de la vida, así como los derechos culturales y los derechos humanos. La Declaración de Principios de la Cooperación Cultural (1966) y el Plan de las Políticas Culturales para el Desarrollo de UNESCO (Declaración de Estocolmo, 1998) también hacen referencia a los derechos culturales aunque no concretan el contenido de ellos. Además de los artículos ya mencionados, existen también otros instrumentos de importancia<sup>21</sup>. Elsa Stamatapoulou nos recuerda que la contribución de la sociedad civil en el seguimiento del cumplimiento y promoción de los derechos culturales es muy importante.

<sup>20</sup> Rivera Zea.

<sup>21</sup> Declaración de los Principios de cooperación cultural internacional (1966, varios artículos), Convención Europea de los Derechos Humanos (Consejo de Europa, 1950), Convención Cultural Europea (1950), Declaración sobre la Diversidad Cultural (2000), Mundiacult (1982), Recomendación relativa a la participación y contribución de las masas en la vida cultural (UNESCO, 1976); Recomendación relativa a la condición de artista (UNESCO, 1988), Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, UNESCO Plan de Acción sobre políticas culturales, Declaración de Estocolmo (1998), Declaración Universal de la UNESCO sobre Diversidad Cultural (2001), Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas o lingüísticas (1992, ONU), diferentes convenciones contra discriminación, sobre derechos de autor, patrimonio inmaterial y cultural, Carta Africana de la Cultura (OUA, 1976), Carta Africana sobre derechos humanos y de los pueblos (1981), entre otros.

Los derechos culturales ilustran la necesidad de encontrar mecanismos para definir y conservar responsabilidades sociales, formas de asegurar la participación, asegurar el acceso a la cultura, respetar el derecho a expresar, interpretar y producir cultura y enmarcan la preservación y la educación como principios de diseño de políticas. Ejemplos clásicos de violación de los derechos culturales son, por ejemplo, la denegación de derechos de propiedad intelectual de pueblos originarios, o la prohibición de lenguas minoritarias, las limitaciones a la cooperación científica y cultural y la censura y denegación de las minorías para tomar parte en la vida cultural. Las violaciones de los derechos humanos tienen, casi sin excepción, un impacto cultural. Muchas violaciones culturales tienen efectos directos en el derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas y grupos minoritarios. Se subraya con frecuencia que, incluso si se adopta a la humanidad en su conjunto como destinataria de los derechos culturales, los grupos vulnerables deben ser objeto de una atención especial<sup>22</sup>.

Los derechos humanos en general postulan el individuo como sujeto de derecho. La naturaleza colectiva de los derechos culturales ha cuestionado ese pensamiento. Los derechos culturales casi siempre tienen una dimensión colectiva; si no se entienden como derechos de colectivos culturales, se entienden como derechos ejercitados colectivamente o en interacción con otros individuos y algunos grupos culturales o vulnerables necesitan una protección especial. En palabras de Yvonne Donders se destaca la dimensión colectiva de los derechos: *“Las comunidades son un factor importante en la creación de una vida valiosa para los individuos, y estas comunidades deberían ser protegidas por derechos colectivos”*<sup>23</sup>. Rodolfo Stavenhagen expresa lo mismo con otras palabras: *“Puede decirse que los derechos culturales siendo poseídos por las personas, están depositados en los pueblos”*<sup>24</sup>.

Para entender mejor la naturaleza y dinámicas de los derechos culturales, existe una necesidad de entender de forma más profunda las necesidades que las comunidades culturales y los individuos tienen a nivel local y regional. Lourdes Arizpe usa el concepto de “co-vivencia” cuando se refiere al espacio donde se formulan las relaciones entre diferentes grupos humanos de las sociedades en el contexto de la globalización, es decir, la parte jugada por la sociedad civil<sup>25</sup>. En la realidad multidimensional del día a día de las comunidades, grupos culturales e individuos concentran en su desarrollo también una matriz de relaciones cotidianas y sociales y maneras de vivir que forman el universo de co-vivencia.

### **Salud reproductiva y derechos humanos**

*“Los derechos reproductivos, la fundación de la autodeterminación de las mujeres sobre sus cuerpos y vidas sexuales, son críticos a la igualdad de las mujeres y asegurando el progreso global hacia sociedades justas y democráticas. Son derechos humanos de los cuales cada mujer está dotada y que no pueden ser negados en nombre de la religión, de la cultura o de las políticas.”*

Los derechos reproductivos, aún no catalogados en ningún instrumento internacional, no son derechos nuevos. Los derechos reproductivos se presentan implícitamente en muchos derechos humanos y son una de las bases de una vida digna sin discriminación. Los derechos reproductivos abarcan el universo de los derechos de las mujeres (y los hombres) de tener una vida sexual y reproductiva satisfactoria sin violencia ni discriminación. Muchos de los derechos humanos tienen una vinculación directa con los derechos reproductivos. Por ejemplo, se ha podido demostrar la correlación entre el acceso a la educación y mejora en la salud sexual y reproductiva. De la misma forma, el acceso a la cultura y conocimiento sobre los derechos culturales tienen como resultado un impacto positivo en la autodeterminación sexual y reproductiva de las mujeres y de los hombres.

<sup>22</sup> Laaksonen, 2004.

<sup>23</sup> Donders, 2004.

<sup>24</sup> Stavenhagen, 2002.

<sup>25</sup> Arizpe



Los derechos reproductivos de la mujer bajo el derecho internacional de los derechos humanos son resultado de la combinación de un número de derechos humanos separados<sup>26</sup>:

- El derecho a la salud, a la salud reproductiva y a la planificación familiar
- El derecho a decidir el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos
- El derecho a casarse y a constituir una familia
- El derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad
- El derecho a no ser discriminado por cuestiones de género
- El derecho a no ser agredido ni explotado sexualmente
- El derecho a no ser sometido a tortura ni a otro tipo de castigos o de tratamientos crueles, inhumanos o degradantes
- El derecho a modificar las costumbres discriminatorias contra la mujer
- El derecho a la privacidad
- El derecho a disfrutar del progreso científico y a dar consentimiento para ser objeto de experimentación

*“Finalmente, en el último escalón aparecen los derechos sexuales y reproductivos, cuya defensa no sólo no acarrea prestigio alguno, sino que además despierta sentimientos difusos, que van desde la incomodidad para debatirlos y defenderlos, hasta el desconocimiento de los mismos en cuanto derechos humanos.”*

*Susana Chiarotti*

Reducir la mortalidad materna y mejorar la salud sexual y reproductiva aunque es un objetivo de grandes organizaciones, en el año 1998 la División de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de Salud (OMS) demostró que ha habido poco progreso en la reducción de la mortalidad materna<sup>27</sup>. Para reducir la mortalidad materna – para cumplir el quinto objetivo de los Objetivos del Milenio; para reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes antes del 2015<sup>28</sup> la OMS estableció el Parternariado para la Salud Materna e Infantil en septiembre del 2005. Es una colaboración entre instituciones académicas y de investigación, gobiernos, ONG's, grupos profesionales y agencias de salud<sup>29</sup>.

## **Derechos culturales y la salud sexual y reproductiva**

Si Cultura y Derecho parecen a primera vista una pareja atípica de baile, la intersección entre derechos culturales y salud sexual y reproductiva (SSR) es aún menos común. ¿Qué pueden ofrecer los derechos culturales en el ámbito de la salud reproductiva y sexual? ¿Es posible identificar instrumentos o indicadores que puedan tener un impacto en la mortalidad materna y adecuación cultural de los servicios de salud? ¿Qué novedades pueden ofrecer los derechos culturales a las aproximaciones culturales y los marcos interculturales de la salud?

La salud sexual y reproductiva equilibrada, sana y plena de las mujeres contribuye al bienestar económico y sociocultural de las sociedades. En el momento que las mujeres no gozan del pleno disfrute de sus derechos sexuales y reproductivos fácilmente tampoco disfrutaban de su existencia cultural en condiciones de igualdad y respeto. En el marco de los derechos culturales, componentes como el acceso y la participación tienen un papel fundamental. De la misma forma, en varios contextos culturales las mujeres tienen negados el acceso y participación en las decisiones sobre los programas y políticas de la salud sexual y reproductiva. Los contextos culturales tienen tendencia a dictar las condiciones según las cuales se controlan las costumbres sobre la salud reproductiva y el comportamiento sexual de las mujeres. Las formas de control cultural y social toman formas distintas en diferentes contextos culturales y no están limitadas a países en vías de desarrollo. Los movimientos por el

<sup>26</sup> Fuente: Center for Reproductive Rights [http://www.reproductiverights.org/esp\\_ww\\_issues.html](http://www.reproductiverights.org/esp_ww_issues.html)

<sup>27</sup> En Gil-González et al, 2006.

<sup>28</sup> En julio del 2007 se está gastando sólo 36% de los recursos necesarios para el cumplimiento del quinto Objetivo del Milenio. Aún con el crecimiento de las aportaciones, en el año 2010 se asignará el 42% de todo el dinero necesario. Con estas cifras está claro que no se llegará a lograr el quinto objetivo.

<sup>29</sup> Gil-González et al, 2006.

parto natural, humano e individualizado en los países industrializados, son una señal de las preocupaciones de las mujeres por las dimensiones culturales de las políticas de la salud reproductiva.

La falta del acceso y participación de las mujeres en las políticas de la salud sexual y reproductiva tiene varios impactos culturales y a la vez, es una muestra clara de violación de los derechos culturales. Desde la simple participación en reuniones de interacción con los gobiernos o conferencias internacionales en las cuales muchas veces los representantes políticos son hombres, hasta mecanismos de control intransigentes son formas de discriminación en que la voz de la mujeres muchas veces no se escucha. Los derechos culturales son mecanismos para dar voz a los que no se escucha habitualmente, para asegurar que los menos favorecidos también tengan acceso a la sociedad y a la cultura y que además tengan el dominio de decidir sobre las políticas y los programas de los cuales son objeto.

Los valores de la sociedad están representados en el comportamiento sexual o en la actitud o apertura a temas sexuales y sobre la reproducción. Las costumbres y las tradiciones culturales marcan los comportamientos de las personas en situaciones relativas a SSR. Los marcos culturales marcan por ejemplo los procesos de preparación al parto y/o el parto mismo. Las creencias muchas veces sobrepasan la información biomédica y los símbolos pueden representar un alivio o un peso a la hora de determinar el comportamiento en el parto o en la interacción sexual.

La defensa de los derechos culturales en la salud sexual y reproductiva no significa solamente tomar en cuenta las condiciones culturales dentro del marco de la salud intercultural. Significa también, el derecho a exigir un papel activo en la planificación de políticas y programas sobre estos temas.

Desarrollar los derechos culturales es una tarea importante porque como en cualquier otro derecho, ya que así se asientan las obligaciones del estado y administraciones públicas, encargados de establecer los parámetros de diseño de las distintas políticas. Este proceso, permite exigir a las administraciones el cumplimiento de estas obligaciones y el respeto de lo que se ha definido como un derecho. De esta forma los/as usuarios/as no están a merced de la voluntad política o sujetos a políticas de funcionamiento de diferentes administraciones (que pueden cambiar), sino que tienen una base normativa a través de la cual exigir el tratamiento o respeto adecuado a sus parámetros culturales.

Los derechos culturales se refieren entre otros a la ***libertad cultural***. En el caso de la salud sexual y reproductiva (SSR) este aspecto se puede referir por ejemplo, al derecho a elegir la forma más adecuada de dar a luz en condiciones de salud seguras. Según este principio, la mujer tiene derecho a presentar un *plan de parto cultural* a la vez que recibe una atención médica adecuada. ***La libertad cultural significa el derecho de una persona a elegir el entorno cultural al cual quiere ser adscrito.***

En la SSR, la libertad cultural tiene varios componentes. Uno de los componentes es la libertad de elegir el contexto o el trato cultural relacionados con los procesos de salud sexual y reproductiva (atención médica, lugares y posiciones de parto, ambiente y trato, entre otros); así como también la libertad en otros aspectos relacionados con la SSR. Algunas comunidades culturales mantienen una fuerte oposición frente al tema de la anticoncepción por razones culturales. Muchas veces son los dirigentes hombres en las comunidades quienes deciden sobre estas cuestiones y no ofrecen la posibilidad que las mujeres den su opinión. ***Se debe dar la libertad a las mujeres para ser escuchadas en este aspecto y tener acceso a la información sobre las opciones de anticoncepción a la vez que no se considera que las mujeres que decidan usar métodos anticonceptivos den la espalda a sus raíces o existencia cultural.***

Los derechos culturales se refieren también a la ***calidad de vida*** ya que son ***indispensables para la dignidad y el desarrollo*** de las personas. La dignidad se refiere a la posibilidad de recibir un trato equitativo libre de discriminaciones y la obligación de las administraciones de ofrecer servicios adecuados y diseñar políticas que marquen la salud sexual y reproductiva como un área prioritaria. ***Los gobiernos y las autoridades públicas deberían asegurar que***

**las mujeres tengan la posibilidad de recibir atención médica culturalmente adecuada que respete su dignidad.** Esto significa también que la mencionada atención médica debe ser la mejor posible. En general, se da por sentado que los servicios de salud brindan la mejor calidad, pero en muchos países las áreas rurales, donde la necesidad de servicios de atención médica es significativa, representan áreas donde el personal médico es el menos calificado y las infraestructuras tienen la peor calidad. Por eso hay que destacar **la importancia del derecho a tener la mejor atención (médica y cultural) posible.**

Los elementos fundamentales de los derechos culturales son **el acceso y la participación.** En SSR las personas deben tener **acceso a la información adecuada y un abanico de opciones de tratamientos adecuados** así como también **la posibilidad de tomar parte en procesos de decisión y educación.** El acceso y la participación están vinculados a la **representatividad.** Las mujeres deberían sentirse representadas, tanto culturalmente como personalmente, en las acciones que tienen que ver con SSR. Las mujeres tienen derecho a **la cooperación (internacional o intercomunitaria)** y las profesionales, así como las parteras tradicionales, deberían tener **derecho a intercambiar información y comparar experiencias.**

Toda persona tiene derecho a tomar parte en la vida cultural de la comunidad. Participación no significa sólo la participación en cultura en condiciones de libertad y apertura, sino también la participación en procesos de decisión, formulación y diseño de políticas. En SSR esto significa **el derecho de las mujeres de participar en el diseño y formulación de políticas y programas de los cuales ellas son sujetos.** Las políticas no deben ser implementadas sin la participación activa de los destinatarios de esas políticas o las personas a quienes afectarán esas políticas. La participación, entonces, no significa sólo la participación en el diseño de las políticas públicas, sino también la **participación en la administración de los recursos.**

La participación en la vida cultural está directamente vinculada con otros varios derechos, como el de la **libertad de pensamiento y de expresión, el uso de la lengua y la conservación de la cultura,** entre otros. Estos derechos facilitan que las personas y los grupos puedan elegir, crear y adoptar la forma de vivir acorde a su propia elección. **Los derechos culturales no funcionan nunca como una justificación de tradiciones culturales que violan cualquier derecho humano fundamental.** Es decir, no se puede justificar cualquier tipo de discriminación contra la mujer en base a argumentos culturales. En SSR este aspecto es especialmente importante pues significa la retirada de cualquier acto cultural que pueda violar la integridad física de las personas, limitar la libertad de elección de ellas o mantenerlas fuera del alcance de la información.

Acceso a la vida cultural significa garantizar oportunidades en condiciones de igualdad para todos para que se pueda disfrutar plenamente de las opciones de la vida, tanto a nivel individual como colectivo.

La libertad de **mantener y ejercer la propia cultura** es un derecho humano. En SSR las mujeres que acuden a los servicios de salud tienen el derecho de sentirse culturalmente agrupadas y se les debe reconocer ese derecho. Esto tiene una vinculación con **los derechos lingüísticos.** El uso del idioma en muchas zonas rurales es una cuestión clave que se convierte en fundamental cuando se refiere a la interacción con los servicios de salud. Los derechos lingüísticos son una parte elemental de los derechos culturales, y en SSR, las mujeres deberían poder **comunicarse con el personal de salud,** aunque fuera a través de un/a traductor/a.

Los derechos culturales también funcionan relacionados a **la comunidad cultural.** En la SSR esto significa el entendimiento de la comunidad cultural como base para la autodeterminación, así como también el reconocimiento del sector de la salud y la administración pública de la identidad cultural de las mujeres. Como se mencionaba anteriormente, los derechos culturales son también derechos colectivos que tienen como objetivo la salvaguarda de la diversidad cultural. Las personas deben tener el derecho de tener conocimiento sobre las costumbres de su cultura de origen / entorno y la posibilidad de ser reconocidas como parte de esa comunidad. Las comunidades necesitan una protección especial y las instancias públicas deberían asegurar que en SSR se tiene en cuenta que **los servicios estén adecuados para atender las necesidades de diferentes comunidades.** En países como Bolivia, en que más

del 60% se autoidentifica como indígena (datos del Censo), los servicios de salud deberían estar 100% adecuados para la atención a la población mayoritaria del país.

Los derechos culturales también se refieren a la **libertad de elección**. Aunque los derechos culturales son colectivos y hay que poner un especial énfasis en las necesidades de las comunidades, las personas deben tener la posibilidad de elegir el entorno cultural en que quieren participar y mantener por lo menos una cierta libertad individual sobre las decisiones vitales de sus propias vidas. ***Las comunidades no deben usar nunca mecanismos de control intransigente sobre las vidas de sus miembros.*** Por ejemplo, existe la determinación, en algunas comunidades, de tener el mayor número de hijos posible para de este modo poblar sus territorios. En estos casos, las mujeres tienen pocas posibilidades de elección sin enfrentar el riesgo de ser cerradas fuera de las comunidades o sufrir violentos castigos. En SSR las mujeres ***deberían tener el derecho de decidir el número de los hijos que quieren tener.*** Esta elección puede significar en algunos contextos culturales la posibilidad de limitar el número de los hijos y en otros contextos culturales tener la posibilidad de aumentar ese número. Varios estudios demuestran que en países en vías de desarrollo muchas mujeres desean tener menos hijos, pero la presión social o la falta de acceso a los métodos de anticoncepción, lo impiden a la vez que en los países industrializados muchas mujeres desean tener más hijos, pero se encuentran con la falta de apoyo estructural por parte de las autoridades políticas.

Los derechos culturales funcionan en un entorno de **reconocimiento cultural**. Las autoridades públicas deberían asegurar no sólo la atención médica culturalmente adecuada y de mejor calidad, sino también la inclusión y **reconocimiento de componentes de la cultura médica** del contexto cultural desde las parteras tradicionales al uso de plantas medicinales, o desde las posturas de parto hasta mecanismos de relajación en el proceso de la gestación.

Los derechos culturales tienen un componente importante de **memoria**. La sabiduría de generaciones de mujeres es un capital importante en SSR. La inclusión y la información de mujeres a mujeres, la facilitación de encuentros de madres y mujeres y la interacción entre diferentes generaciones de mujeres, son todos componentes culturales que pueden ser útiles en la elaboración de derechos culturales relacionados con la memoria relativa a SSR.

Los derechos culturales están relacionados con la **expresión, creatividad y creación humana**. En caso de SSR esto significa la capacidad de la cultura para adaptarse o abrirse a nuevas maneras de funcionar e incorporar elementos beneficiosos al entorno cultural. ***Este es el derecho de adaptar la aproximación cultural en SSR, la aplicación de mecanismos culturales y la posibilidad de desarrollar, actualizar y complementar estos mecanismos.***

Los derechos culturales son fundamentales en la protección del **patrimonio - cultural**. En SSR esto significa conservar tradiciones culturales que puedan fortalecer la sensación de pertinencia y autorrealización, siempre y cuando no representen una amenaza para otros derechos humanos. En relación con las comunidades culturales, las cuestiones de la tierra son también relevantes.

\*\*\*

Los elementos centrales del derecho a participar en la vida cultural han sido identificados en muchos encuentros e instrumentos internacionales. En el siguiente apartado hacemos el intento de reflejar estos elementos centrales en la SSR. En este apartado, se seguirá el formato y algunos de los conceptos (aunque no siempre literalmente el contenido de la Declaración de Fribourg sobre los Derechos Culturales en 2007) que presenta una concentración de los temas tratados en los instrumentos internacionales en 12 artículos, además de temas que se consideran prioritarios partiendo de consultas con la sociedad civil en diferentes partes del mundo.

### **Identidad y patrimonio cultural (Artículo 3)**

Las personas tienen ***el derecho de ser respetadas por sus elecciones sexuales y reproductivas acordes con su identidad cultural individual y colectiva.*** Este derecho se ejerce en interconexión con diferentes libertades (pensamiento, conciencia, religión, opinión y

expresión) relativas al comportamiento sexual y reproductivo. Las autoridades y los centros de salud deben tomar en cuenta e incorporar en el tratamiento las características particulares del entorno cultural del usuario y tomar las respectivas medidas para cumplir con las expectativas culturales y sociales del usuario.

Este punto también incluye el elemento **del derecho a la maternidad múltiple y el derecho a la información sobre los derechos humanos, reproductivos y culturales.**

#### **Comunidad cultural (Artículo 4)**

Las comunidades culturales necesitan una protección especial. En referencia a la salud sexual y reproductiva esto significa **la incorporación de las creencias** (entendidas como diferentes visiones socioculturales del mundo) **y los símbolos de las comunidades en las aproximaciones a la SSR** para producir un cambio de actitudes y comportamientos con el objetivo de reducir riesgos y mejorar las condiciones de la salud. Este punto incluye los derechos de las minorías culturales a mantener y desarrollar su cultura. En la SSR esto también significa **la interpretación y adecuación cultural** a partir de la base cultural de la comunidad a la atención a la salud sexual y reproductiva.

#### **Acceso y participación en la vida cultural (Artículo 5)**

Las personas que acuden a los servicios de salud deberían tener la posibilidad de escoger el idioma que quieren usar, las prácticas culturales que prefieren seguir, acceso a la información sobre costumbres de otras culturas que puedan resultar útiles a la hora de escoger las maneras más adecuadas del tratamiento, acceso al intercambio de experiencias con otras personas en la misma situación, participar y contribuir en el diseño de programas y políticas, libertad de dar 'feedback' sobre el tratamiento recibido, participación en la administración de recursos, libertad de expresar sus propias elecciones a la hora de elegir el tratamiento y libertad de escoger ser acompañados por la/s personas que quieren.

Este punto incluye la libertad de expresión y creación y participación en las políticas lingüísticas.

El idioma constituye un elemento fundamental de la identidad personal y de la comunidad. La restricción o la prohibición del uso del idioma limitan el derecho a la autodeterminación de las comunidades. En relación con la SSR, **las personas deberían tener acceso a la información en el idioma de su propia elección para tener la seguridad de haber entendido los contenidos de los tratamientos y servicios.**

#### **Educación y formación (Artículo 6)**

Las personas tienen el derecho a ser educadas en materia de derechos humanos y culturales para tener la posibilidad de elegir lo más adecuado para ellas mismas. En relación a la SSR, las personas deberían tener **el derecho de recibir educación sexual y preparación al parto culturalmente adecuada, en condiciones de menor riesgo.**

El acceso a la educación es un componente importante en la reducción de la mortalidad materna. El acceso de las niñas a la educación y posteriormente el hecho de continuar los estudios pueden tener un impacto considerable en la calidad de la vida sexual y reproductiva de estas niñas. Los derechos culturales en SSR deben fomentar la idea que las niñas **deben tener el derecho a la educación y a la educación sexual** para evitar embarazos a edades tempranas. Además, el acceso a la educación y a la educación sexual mejora la calidad de vida de estas niñas y de esta manera ofrece una inversión para toda la sociedad / comunidad. Cuando las niñas dejan la escuela a una edad temprana, además de entrar en el mundo adulto demasiado temprano, corren graves riesgos físicos y psíquicos debido al enfrentamiento con temas que no están preparadas para enfrentar.

#### **Comunicación e información (Artículo 7)**

Las personas deberían tener la posibilidad de acceder a la información adecuada y buscarla, recibirla e impartirla así como también corregir la información errónea. **En SSR la información debe ser accesible, comprensible, culturalmente adecuada, variada, neutral, transparente y presentada en las lenguas necesarias.**

### **Cooperación cultural (Artículo 8)**

Las personas tienen el derecho de participar en la cooperación cultural de su comunidad y buscar alianzas con otras comunidades. En SSR esto se traduce en **el derecho de participar en proyectos internacionales, el derecho a buscar y recibir información sobre modelos culturales de SSR en otros sitios, el derecho a formar alianzas profesionales con otras personas y el derecho de presentar propuestas de proyectos de cooperación en SSR.**

### **Protección del patrimonio cultural**

La cuestión de la propiedad y explotación de la tierra representa un problema de primera magnitud para los pueblos indígenas de la Región. La tierra es parte central de la vida, de la cultura y de la historia, y es a su vez determinante de la supervivencia de los pueblos, de los niveles de vida, la salud y la nutrición (OPS/OMS, 1993).

La Tierra/territorio, el medio ambiente, el patrimonio arqueológico y los recursos naturales son importantes para la autodeterminación de los pueblos y para la protección de las diversas formas de vivir. Este punto tiene una dimensión sociocultural tanto en el sector de la salud como en el sector cultural por las enormes repercusiones que conlleva. Conservar la tierra significa conversar toda una vivencia y forma de vivir de una comunidad.

### **Libertad de creencia, religión y expresión**

Las creencias de la comunidad tienen una vinculación con su cosmovisión y manera de entender el universo. El equilibrio de estos elementos asegura el bienestar integral de las personas, incluyendo la salud.

### **Indicación del sitio de producción**

Los derechos de la propiedad intelectual de las plantas farmacéuticas.

### **Responsabilidades de los actores en el sector público y en las organizaciones internacionales (Artículos 11 y 12)**

El trabajo sobre los derechos culturales en la SSR tiene como objetivo conseguir el compromiso político para el respeto, protección y cumplimiento de estos derechos y la salvaguarda de un entorno de igualdad. Esto incluye también el compromiso de las organizaciones internacionales de incluir el punto de vista de los derechos culturales en su funcionamiento sobre la salud sexual y reproductiva y eventualmente construir mecanismos de seguimiento y monitoreo.

## **Los derechos culturales y la salud sexual y reproductiva en Bolivia**

Bolivia es un país pluricultural y multilingüístico. De acuerdo al Censo de Población y Vivienda (sep/2000) en Bolivia, de un total de 8.274.325 de habitantes, el 20.16% son mujeres y de éstas el 64% viven en área urbana y el 36% en el ámbito rural<sup>30</sup>. Los indicadores de la Organización Panamericana de la Salud de 2005 presentan cifras de 8,9 millones de habitantes de los cuales 2,2 millones son mujeres en edades entre los 15 y los 49 años. La esperanza de vida en el año 2004 fue de 67 años para las mujeres y de 63 para los hombres. Las mujeres forman el 57% del mercado laboral y el 82,2% de las mujeres mayores de 15 años saben leer y escribir. En 2004 el índice de fertilidad fue de 3,6 niños por mujer (en las Américas sólo Guatemala, Haití y Paraguay superan esta cifra)<sup>31</sup>. Según el informe *Because I'm a girl* el índice de natalidad en 2007 es de 3,8 niños por mujer; el 12% de las mujeres entre 15 y 19 años están casadas y el 18% de ellas paren antes de los 18 años de edad. De estas mismas edades, el 19% de las mujeres tienen acceso a métodos anticonceptivos, porcentaje que se amplía a 46% para las comprendidas entre los 20 y 24 años de edad<sup>32</sup>. De la población infectada por VIH, el 27% son mujeres y el ratio de la mortalidad materna es de 230 por 100.000. El 79% de las mujeres tienen acceso a servicios de salud prenatales y el 61% lo

<sup>30</sup>Habitat Internacional Coalition, <http://www.hic-net.org/document.asp?PID=123>

<sup>31</sup> "Gender, Health and Development in the Americas", 2005.

<sup>32</sup> "Because I'm a girl", 2007.

tienen en el momento del parto. Se estima que el 15% de todos los partos son cesáreas<sup>33</sup> y que aproximadamente 623 mujeres al año por causas relacionadas a la salud materna<sup>34</sup>.

Bolivia es un estado multinacional, un abanico de comunidades lingüísticas y culturales, que se refleja en la existencia de una identidad cultural local en paralelo a la identidad boliviana. Bolivia tiene una larga historia como país heterogéneo y con una fuerte presencia de pueblos y movimientos indígenas que constituyen la base de la cultura boliviana. Estos pueblos tienen importantes prácticas sociales y medicinales, y capacidades de mimetización que guardan una gran potencial para mediación y resolución de procesos sociales. A la vez, los pueblos indígenas representan un abanico de identidades diversas que deberían ser incorporadas en los procesos legislativos y administrativos para lograr una ciudadanía cultural universal e inclusiva.

La Constitución boliviana reconoce los pueblos originarios como parte de la población nacional. Eso se traduce en la intencionalidad de la igualdad universal ante la ley de todos los miembros del estado boliviano. El reconocimiento de la pluriculturalidad y multiétnicidad debería obligar a Bolivia tomar medidas que *“garanticen el desarrollo de la cultura las etnias y sus manifestaciones en todo el territorio nacional. Esto debe reflejarse en el acceso y cobertura reales de la atención de salud mediante la incorporación de las variables etnia y cultura en la formulación de políticas de salud”*<sup>35</sup>.

Art. 1. Bolivia, libre, independiente, soberana, multiétnica y pluricultural, constituida en república unitaria, adopta para su gobierno la forma democrática representativa, fundada en la unidad y la solidaridad de todos los bolivianos.

Art. 171. I. Se reconocen, respetan y protegen en el marco de la ley, los derechos sociales, económicos y culturales de los pueblos indígenas que habitan en el territorio nacional, especialmente los relativos a sus tierras comunitarias de origen, garantizando el uso y aprovechamiento sostenible de los recursos naturales, su identidad, valores, lenguas y costumbres e instituciones.

Los artículos relativos a la cultura en la Constitución:

Art. 3. - El Estado reconoce y sostiene la religión católica, apostólica y romana. Garantiza el ejercicio público de todo otro culto. Las relaciones con la Iglesia Católica se regirán mediante concordatos y acuerdos entre el Estado boliviano y la Santa Sede.

Art. 191 de la Constitución. Los monumentos y objetos arqueológicos son de propiedad del Estado. La riqueza artística colonial, la arqueológica, la histórica y documental, así como la procedente del culto religioso, son el tesoro cultural de la nación, están bajo el amparo del Estado y no pueden ser exportadas.

El Estado organizará un registro de la riqueza artística, histórica, religiosa y documental, proveerá a su custodia y atenderá a su conservación.

El Estado protegerá los edificios y objetos que sean declarados de valor histórico o artístico.

Decreto Supremo N°24237. Considerando que la Ley 1551 de Participación Popular confiere competencias a los gobiernos municipales y derechos y deberes a las juntas vecinales, a las comunidades campesinas y a los pueblos indígenas, en el campo de la salud pública. Que la aplicación de la mencionada disposición legal y del D.S. 23813 establece que los recursos para la administración de la infraestructura de salud se asignan a los gobiernos municipales y que las juntas vecinales, las comunidades campesinas y los pueblos indígenas participan en las decisiones sobre su asignación, uso y control<sup>36</sup>.

Bolivia ha ratificado el Convenio 169 de la OIT (en 1991) que tiene carácter de ley. De la misma manera Bolivia ha ratificado la Declaración Universal de Derechos de los Pueblos Indígenas.

<sup>33</sup> “Gender, Health and Development in the Americas”, 2005.

<sup>34</sup> « Por una maternidad y nacimiento seguros »,

<sup>35</sup> Rojas et all, 1998.

<sup>36</sup> Fuente: Orientación de marcos jurídicos...

## La salud intercultural en Bolivia

En el 1984 Bolivia fue el primer país en reconocer oficialmente la vigencia de la medicina tradicional<sup>37</sup>. Después de acusaciones sobre la débil legislación por parte de las organizaciones internacionales, Dibbits (2004) subraya que en los años 90 diferentes procesos socio-políticos en Bolivia, incluyendo aspectos culturales en los procesos de lucha contra la alta tasa de mortalidad materna e infantil, resaltaron los beneficios de la salud intercultural. Como reconoce la autora, *“Los diferentes seguros de salud que se han implementado desde 1995 y que han posibilitado la gratuidad de múltiples prestaciones, no han logrado una subida en las coberturas como se esperaba y han obligado a que se consideren con mayor seriedad los problemas de acceso a los servicios al margen del factor económico. Es a partir de entonces que la accesibilidad cultural ha sido identificada como uno de los aspectos que obligan al desarrollo de una política intercultural en salud”*<sup>38</sup>.

Dibbits menciona la escasez de claridad en los documentos oficiales del Ministerio de Salud y Deportes (MSD) y otros ministerios. Como leyes menciona la Ley del Seguro Universal Materno Infantil (Ley 2426, 2002) que hace referencia en el artículo 1 al concepto de adecuación cultural<sup>39</sup>, el artículo 8<sup>40</sup> y artículo 23<sup>41</sup> de la misma ley. Sin embargo, la autora subraya que aún incluir principios importantes, las leyes no han funcionado como traductor de estos principios a información a los/as usuarios/as o a instrucciones a los/as profesionales<sup>42</sup>. Como ejemplos positivos menciona el Decreto Supremo del Modelo de Gestión y Directorio Local que hace referencia a los derechos humanos y la autodeterminación y las políticas actuales del Ministerio de Salud.

Decreto Supremo N° 24237

Artículo 12° - (Centro de salud)

La base de la red de servicios de salud es el centro de salud con su área de influencia. Tiene la obligación de:

Prestar servicios de salud a toda la población que se encuentra dentro de su área de influencia.

Realizar de manera conjunta con las juntas vecinales, las comunidades campesinas y los pueblos indígenas la planificación participativa en salud.

Realizar su programación operativa sobre la base de las prioridades establecidas por el modelo de atención y el proceso de planificación participativa en salud<sup>43</sup>.

El Plan Estratégico del Consejo Nacional de Salud Indígena CIDOB 2005-2007<sup>44</sup> (instancia estatal en Bolivia que cuenta con consejos regionales, subregionales y municipales de salud) menciona la *“falta de inclusión de la medicina tradicional en el Sistema Nacional de Salud”*, la falta de estudios sobre la situación de salud de los pueblos indígenas así como también la falta de registros de los médicos tradicionales a nivel nacional, regional y local. A nivel local, el Plan subraya la necesidad de difusión de cultura y medicina tradicional en los procesos de salud. El plan reconoce que un resultado de falta desinterés político puede ser la pérdida de usos y costumbres en el sistema de atención tradicional de la salud. Al mismo tiempo que otorga un

<sup>37</sup> En Dibbits, 2004. la Ley se llama Resolución Suprema No. 198771, La Paz, 1984.

<sup>38</sup> Idem, 2004.

<sup>39</sup> Artículo 1: *“Las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil, cuando corresponda, se adecuarán y ejecutarán mediante la medicina tradicional boliviana donde los usos y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos de Bolivia sea de elección.”*

<sup>40</sup> *“Las prestaciones del Seguro Universal Materno en los tres niveles de atención de adecuen a los usos, costumbres, idiomas y lenguas de los pueblos campesinos, indígenas y originarios, respetando la identidad, base cultural y con enfoque de género.”*

<sup>41</sup> *“Para promover y estimular la calidad y la adecuación cultural de la atención en los establecimientos de salud de Seguro Universal Materno Infantil, se crea el incentivo a la calidad a ser otorgado por el Ministerio de Salud y Previsión Social, de acuerdo a reglamento.”*

<sup>42</sup> Lo mismo se menciona en el Plan Estratégico del Consejo Nacional de Salud Indígena: *“falta de difusión de la ley SUMI, solo llega a nivel regional...”*

<sup>43</sup> Rojas et al, 1998

<sup>44</sup> idem.



reconocimiento de las mejoras en los sistemas de salud (incluyendo acceso a la información sobre derechos y medicina tradicional). El plan reconoce la urgencia del reconocimiento y la acción sobre varios elementos de naturaleza cultural / de derechos culturales:

- difusión de conocimientos y medicinas culturales
- educación intercultural en la salud
- acceso a procesos de decisión sobre planes de salud, programas, proyectos y fondos
- acceso a la información a nivel comunitario (resultado la disminución de la calidad de vida de los pueblos indígenas)
- acceso a medios de comunicación / difusión
- mantenimiento y fortalecimiento de usos y costumbres en el sistema de atención tradicional de la salud
- respeto [cultural] hacia las personas indígenas

Las razones para acudir a servicios de la salud tradicional destacan los factores sociales y culturales: la situación cultural, las condiciones económicas de los/as pacientes, la falta de servicios de salud y las creencias religiosas. Por ejemplo un encuestado del estudio sobre los sistemas de medicina tradicional destacó que según la cosmovisión andina los factores naturales y sociales están conectados así como también las causas psicosomáticas y los agentes 'divinos' lo están con las distintas causas de las enfermedades<sup>45</sup>.

### ***El enfoque intercultural en la atención de la salud materna (2007)***

El Documento síntesis *el Enfoque intercultural en la atención de la salud materna: Un avance para las políticas públicas de salud* (2007) elaborado por el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad presenta una estrategia intercultural en la salud para reducir la mortalidad materna. La estrategia tenía como objetivo establecer y desarrollar relaciones entre los servicios institucionales de la salud y los sistemas tradicionales (como por ejemplo el contacto con las parteras tradicionales) para establecer una complementariedad entre los dos sistemas. Además, el documento tiene como objetivo la creación de sugerencias para la adecuación cultural de los sistemas institucionales, dirigidas al fomento de la accesibilidad y la aceptación de estos servicios por parte de las mujeres. El documento registra avances en estos aspectos y cambios en las actitudes de los profesionales de salud hacia los profesionales de la salud tradicional además de la confianza creciente en las relaciones entre parteras y usuarias. Como 'elementos de debilidad' el documento destaca la falta de apoyo técnico, clínico y antropológico a los profesionales de la salud y la falta de impacto de las experiencias en las políticas de salud. Y como en muchas otras experiencias o procesos relacionados con las temas culturales, la falta de mecanismos o instrumentos de monitoreo, seguimiento y evaluación es una enorme debilidad para el futuro desarrollo de sistemas y políticas mejoradas.

Los principales resultados del proceso se encuentran en la *Guía para la Atención Intercultural de la Salud Materna*, pero la estrategia también presenta hallazgos interesantes en el cambio de actitudes, dinámicas y contenido de servicios en relación a la atención y control prenatal y el parto en domicilio o en un centro de salud. También se muestra, en relación con los planes de intervención, que en un 75% de los establecimientos de salud se está aplicando la estrategia de interculturalidad en la atención de salud materna y que una tercera parte de los establecimientos ha comenzado "a aplicar algunas de las principales recomendaciones de interculturalidad en servicio, pero no todas o no de una forma muy sistémica". El documento reconoce que "este porcentaje representa una considerable cantidad de establecimientos, donde poco a poco, se va cambiando de paradigma en la atención materna." También se han detectado cambios en la motivación del personal de salud, en la articulación con las parteras y parteros e infraestructuras y equipamientos.

El documento de la estrategia de interculturalidad en salud materna destaca que "lo evidente es que replantear la estrategia pública para un sistema de salud verdaderamente democrático y esencialmente justo, implica tener un horizonte de cambio que nos enfrente con las condiciones básicas de las injusticias sociales, las discriminaciones culturales y que, al mismo

---

<sup>45</sup> Sistemas de salud tradicionales.....1999

*tiempo, dentro de una problemática usualmente subestimada por el sector, forme parte de una reorganización estatal que permita el desarrollo de instituciones públicas eficientes y su integración intercultural en un conjunto de sociedades que sobre la base del respeto a la diversidad construyan un único país*”. Destaca que hay algunas cuestiones fundamentales en la sociedad que influyen en el acceso a la salud o en el entendimiento de la salud como un sistema intercultural de primera necesidad. Estas cuestiones incluyen la política monocultural que mantiene la visión artificial de culturas homogéneas con las mismas ofertas a las mismas necesidades; un centralismo institucional y político, un marco normativo insuficiente que en general sobrepasa las necesidades culturales, una inestabilidad política-institucional, negación de la diversidad cultural, falta de coherencia entre las funciones o estructuras de los servicios de salud y las necesidades de la población usuaria, la falta de la participación social, necesaria en todos los procesos democráticos; y la ausencia de sistemas de monitoreo y seguimiento.

Además, firma que *“acerca de la dimensión cultural, todavía no alcanzamos a identificarla como un componente central de la problemática de la salud pública, en parte porque ello obligaría poner en cuestión varios paradigmas, pero sobre todo a poner en riesgo posiciones de poder y privilegio.”*

La estrategia propone una serie de lineamientos operativos que incluyen reformas institucionales y descentralización de la administración de la salud, replanteamiento de objetivos en los planes nacionales y la posibilidad de crear planes regionales o locales que correspondan a las necesidades locales, al reconocimiento de la diversidad cultural a diferentes niveles administrativos y legislativos, y la introducción de la interculturalidad en las diversas acciones que se lleven a cabo.

En el 2007, en la reunión de validación de la versión anterior extensa del documento marco en Bolivia, se destacaron los siguientes temas en relación con el contexto de las poblaciones indígenas y el sistema de salud, y de salud sexual y reproductiva:

- la necesidad de poner más atención en fenómenos, como por ejemplo, la transmisión del VIH y otras ITS frente a los que los pueblos indígenas son especialmente vulnerables;
- la reivindicación del derecho a la información ya que, en muchos casos, las usuarias desconocen su derecho a reclamar una atención adecuada;
- la urgencia de mejorar la calidad del trato a usuarios/as de salud que denuncian discriminación en los servicios por su condición de indígenas y pobres
- la necesidad crear rutas de acceso a las comunidades indígenas más lejanas, sobre todo en algunas épocas del año como la temporada de lluvias, cuando el acceso se hace del todo impracticable;
- la importancia de formar personal calificado en las comunidades indígenas, sobre todo haciendo referencia a las dificultades de acceso, y por tanto, la necesidad de disponer de ciertos niveles de autosuficiencia en este sentido;
- la falta de personal médico sobre el terreno y la falta de recursos para la creación de centros, remarcando la importancia del factor económico referente a todas estas cuestiones;
- la necesidad de organizar encuentros interinstitucionales a escala regional para sumar esfuerzos en el desarrollo de actividades, recopilación de información, sistematización, etc. contando con el apoyo del Ministerio de Salud.

OMS Manual de capacitación:

Estos derechos pueden ser usados para proteger y promover la equidad de género en la salud sexual y reproductiva.

**El derecho a la vida:** Tradicionalmente se entendió como el derecho de las personas a no ser privadas arbitrariamente de la vida. Ahora también incluye la obligación positiva de un Estado en relación con, por ejemplo, la mortalidad materna. Piense en las más de 515.000 mujeres que mueren anualmente durante el embarazo y el parto debido a complicaciones evitables.

**El derecho a la integridad corporal y la seguridad de las personas:** Tradicionalmente se entendió como relacionado a las acciones referidas a los individuos que se encuentran en custodia del Estado. Ahora también incluye la seguridad contra la violencia sexual ya sea ejercida por la pareja o por otra persona. Asimismo, por ejemplo, con relación a los programas de población que obligan a la esterilización o al aborto, o aquellos que prohíben que las mujeres reciban servicios de planificación familiar.

**El derecho a la privacidad:** Tradicionalmente se refería al hogar y a la correspondencia de una persona. Ahora también incluye algunas protecciones relativas a la sexualidad. En este sentido, el Comité de Derechos Humanos (cuerpo encargado de monitorear el cumplimiento por parte de los gobiernos de la Convención Internacional sobre Derechos Políticos y Civiles), ha establecido, en relación directa con la sexualidad, que "es indisputable que la sexualidad está cubierta por el concepto de privacidad" y que "las cuestiones morales no son exclusivamente un tema de preocupación nacional y que están sujetas a la revisión de su consistencia con los instrumentos de derechos humanos internacionales".

**El derecho a los beneficios del progreso científico:** Tradicionalmente entendido en relación con la transferencia de tecnologías entre los países del Norte y del Sur. Ahora, también puede incluir, por ejemplo, el reconocimiento de que el derecho de una mujer a controlar su propia reproducción obviamente puede ser mejorado mediante el acceso a microbicidas, métodos anticonceptivos femeninos, investigación para disponer de una mayor variedad de anticonceptivos masculinos y el acceso a abortos seguros.

**El derecho a buscar, recibir e impartir información:** Tradicionalmente se entendía sólo en relación con los medios y la libertad de prensa. Ahora también en relación con la importancia del ejercicio de este derecho para la salud reproductiva, por ejemplo, respecto de la toma de decisiones reproductivas, la capacidad de una mujer para tomar decisiones informadas, así como su capacidad para protegerse de la explotación sexual, el abuso o las infecciones.

**El derecho a la educación:** Tradicionalmente se entendía sólo en relación con la alfabetización. La alfabetización obviamente es decisiva para la salud reproductiva, pero también, dado que se reconoce que la sexualidad es un elemento de la personalidad humana, la educación es esencial para el desarrollo de este aspecto de las personas.

**El derecho a la salud:** Tradicionalmente se entendía en referencia al derecho de los individuos a gozar del más alto nivel de salud física y mental. Ahora, cada vez más, se entiende en referencia a la obligación de los gobiernos de crear condiciones que aseguren el más alto nivel de salud para todos/as, e instalaciones para el tratamiento de enfermedades y para la rehabilitación. Los temas de salud ocupacional y ambiental también están cubiertos por este derecho. Asimismo, pone especial atención en la salud de las mujeres. Por ejemplo, esta interpretación evidenciaría la casi total falta de atención y recursos destinados a la detección temprana de cáncer de cuello de útero por parte de algunos gobiernos, o los programas de salud reproductiva estatales que existen para ciertos grupos de la población pero que no llegan a muchas comunidades marginales.

**El derecho a la igualdad en el matrimonio y el divorcio:** Tradicionalmente se refería a la capacidad semejante de mujeres y varones para casarse o divorciarse. Este derecho ha sido muchas veces ignorado y violado. Esas violaciones han sido toleradas, reconocidas o hasta condonadas por los gobiernos, y en muchos casos este derecho permanece insidiosamente escondido o es ignorado en forma deliberada. Ya que es relevante para la capacidad de las mujeres de controlar y tomar decisiones sobre sus vidas, su importancia está comenzando a ser reconocida por los/las prestadores/as de salud reproductiva.

**El derecho a no ser discriminado/a:** Tradicionalmente significaba que todas las personas debían ser tratadas como iguales y tener igualdad de oportunidades, incluyendo la garantía de igual protección bajo la ley. En los últimos veinte años se ha desarrollado la idea de igualdad sustantiva, que señala que ciertas distinciones son necesarias para promover derechos para personas en situaciones diferentes –pero que todas las diferencias de trato deben estar basadas en criterios razonables y objetivos y en la meta de promover los derechos-. Por lo tanto, los diferentes abordajes para niñas y niños en el desarrollo de las políticas y programas de salud reproductiva deben basarse en el reconocimiento válido de las diferencias de género. En la determinación de las diferencias se debe minimizar la influencia de los roles y las normas culturales de género prescritas.

## Referencias

La lista de las referencias usadas se encuentra en la versión completa del documento marco en <http://www.culturalrights.net/es/proyectos.php?c=21&p=139>