



Derechos culturales en la salud sexual y reproductiva

Con énfasis especial en Bolivia

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
www.familycareintl.org.es

Fundación Interarts

Calle Mallorca 272, 9º
Barcelona, España
Tel: (0034) 934.877.022
Email: interarts@interarts.net
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

La primera versión de este texto ha sido 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^a Dolores Castro, consultora de FCI-IA. Investigadora de la Guía de SSR
María Saravia. Secretaria 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

Introducción.....	4
Sobre el proyecto	5
Sobre el documento marco	6
Objetivos	6
Desarrollo del documento	7
¿Para quién?	7
Definiciones	8
1. La mujer en el centro de la mirada	11
2. Salud, derechos y cultura.....	16
2.1. Factores culturales en la salud	16
2.1.1. Curando culturalmente – aproximaciones culturales a la salud.....	16
2.1.2. Salud reproductiva multicultural	22
2.2. Normativización de la cultura	29
2.2.1. Cultura y derechos humanos	29
2.2.2. Derechos culturales - qué son y de dónde vienen?.....	34
2.3. Salud reproductiva y derechos humanos.....	37
2.4. Derechos culturales, salud y mujeres.....	45
3. Derechos culturales y la salud sexual y reproductiva	46
4. Los derechos culturales y la salud sexual y reproductiva en Bolivia	51
4.2. Bolivia, pueblo multicultural	51
4.2. La salud intercultural en Bolivia	54
Conclusiones	60
Referencias	64

Introducción

“En todas las culturas el nacimiento, así como la muerte, está modelado para expresar los valores fundamentales de la sociedad. Los rituales que rodean el nacimiento proporcionan pistas sobre el significado de la vida, la naturaleza de la familia y de la sociedad, los papeles de las mujeres y de los hombres, y el poder relativo de los funcionarios especiales y de los profanos. Las maneras de tratar a los problemas y los intentos de evitarlos también revelan las creencias sobre la relación de los seres humanos con el universo.”¹

Cada año más de medio millón de mujeres mueren en el mundo por razones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, convertida 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.

El parto es un acontecimiento físico y sociocultural que a lo largo de la historia de la humanidad ha adoptado diferentes formas y prácticas. Existe una profusión de rituales, costumbres y símbolos culturales relacionados con el parto y la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Desde hace miles de años el parto y el embarazo dejaron a ser meramente un acto físico de reproducción y llegaron a tener un lugar importante en las creencias y valores de la comunidad cultural. Muchas veces estas creencias han llegado a disminuir los derechos de la mujer sobre su propio cuerpo y su posibilidad de decisión sobre diferentes opciones culturales relacionadas con el proceso de la gestación.

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 tomar en cuenta estos aspectos es un paso fundamental.

Las tradiciones culturales son resultado de las diferentes transiciones que experimentan las culturas. Las culturas no son estáticas o unívocas sino que están en constante mutación y tienen que enfrentar y adaptarse a los cambios que ocurren en su entorno o en el mundo. Tenemos tendencia a pensar que algunas culturas, como las culturas indígenas, tienden a conservar más sus tradiciones, manteniéndose así, más cerradas a las influencias externas. Esta es una visión errónea, o por lo menos lo es parcialmente, ya que tanto las culturas indígenas como cualquier otra cultura que tenga como objetivo mantenerse en el mundo, tiene que encontrar vías para afrontar los nuevos retos culturales. En el caso de las culturas indígenas, esto se manifiesta sobre todo en dos aspectos: el impacto de las nuevas tecnologías en las tradiciones y en la visión del mundo, y la repercusión de esto en las costumbres de las jóvenes.

¹ Sheila Kitzinger en un artículo sobre las costumbres y creencias culturales sobre el nacimiento. www.sheilakitinger.com/MiM/2B.thm

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 forma 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 estándares morales y éticos compartidos de hoy en día. Costumbres de este tipo son, por ejemplo, aquéllas que suponen una violación contra la integridad física de la persona o limitan su autonomía física y/o espiritual.

Más allá de la naturaleza cultural de algunos elementos transmitidos de generación en generación dentro de un grupo humano, esos elementos pueden contener un significado político y social de peso. Detrás de esas posiciones y posicionamientos en la mayoría de los casos se encuentran las creencias y valores culturales. Sabemos que las maneras culturales de acercamiento a estas cuestiones son variadas y ricas y es uno de los puntos que queremos acentuar en este proceso. Otro punto sin el cual el análisis de la temática no está completo es el de la universalidad de los derechos humanos en general y de la mujer en particular, lo cual implica el derecho a una vida digna para las mujeres. 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 la igualdad, equidad, dignidad y no discriminación a la hora de disfrutar 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 la base normativa para que las personas sean respetadas así como sus elecciones y formas de vivir. En la salud sexual y reproductiva esto significa el derecho de las personas que acuden a los servicios de salud de 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 por la igualdad y sentido de la comunidad.

Sobre el proyecto

En el 2006 la Agencia Española de Cooperación Internacional otorgó una subvención para el proyecto piloto sobre derechos culturales y la salud reproductiva propuesto por dos agencias de experiencia internacional; Fundación Interarts de Cooperación Cultural al Desarrollo y Family Care International, agencia especializada en la salud sexual y reproductiva. El presente documento es el resultado de este proyecto que une las fuerzas y experiencias de dos sectores para buscar una base normativa de derechos culturales en la salud sexual y reproductiva con el objetivo de equipar a las personas con información sobre sus derechos de acceso a servicios de salud adecuados además de ser respetadas por sus elecciones culturales.

Family Care International Bolivia trabaja con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de mujeres y adolescentes, garantizando el pleno acceso a la información y servicios de calidad necesarios para mejorar su salud sexual y reproductiva, gozar de embarazos y partos seguros y evitar embarazos no deseados e infecciones por el VIH. FCI/Bolivia trabaja desde una perspectiva integral de salud sexual y reproductiva, basada en un enfoque de derechos, de género y de respeto a la diversidad cultural.

Desde hace algunos años la Fundación Interarts propone una aproximación integrada a los derechos culturales, incluyendo acciones participativas de la sociedad civil, investigación interdisciplinaria y ejercicios con implicaciones prácticas. Dentro de los ejes principales, la participación forma una parte fundamental de la acción cultural y la capacidad de los miembros de las comunidades de tener conciencia de sus propios derechos para vivir una vida plena y digna es una tarea importante. Traducir los principios jurídicos en programas, planes de acción y acciones concretas forma uno de los objetivos del trabajo realizado por la Fundación.

Muchas mujeres en el mundo todavía no disfrutan de medidas para influir en las elecciones que afectan su vida. El objetivo de este 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.

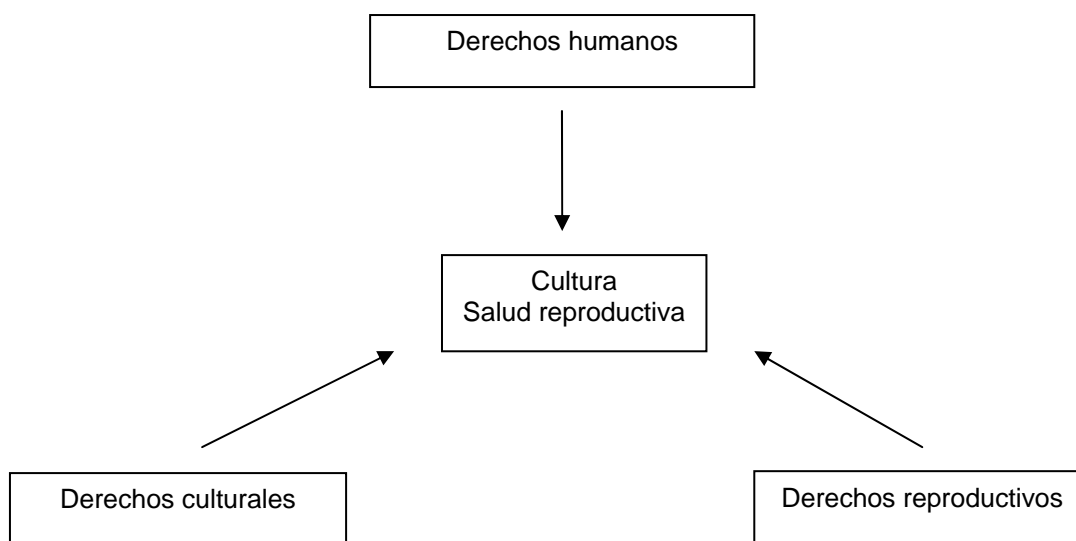
Los ejemplos en este documento vienen de los resultados recogidos en talleres sobre salud sexual y reproductiva, y los derechos culturales llevados a cabo en Bolivia a lo largo del año 2007.

Sobre el documento marco

Objetivos

El objetivo del documento marco es destacar el papel de los nombrados derechos culturales en los procesos de derechos reproductivos y sexuales, buscando principalmente mejorar la salud materna acompañada con una conciencia cultural donde los derechos culturales juegan un papel decisivo.

El proyecto busca contribuir a reducir las barreras culturales existentes entre la atención a la salud tradicional y la biomédica, dentro del campo de la salud sexual y reproductiva a través de los derechos culturales. En este contexto, los derechos culturales se entienden como canales para el pleno disfrute de ciertos derechos humanos relativos a la cultura en la intersección con la salud reproductiva.



Otro objetivo del proyecto es fomentar el conocimiento sobre los derechos humanos y la igualdad de género como parte del fomento del empoderamiento y la autonomía de las mujeres, objetivo fundamental del desarrollo humano. Este objetivo reconoce la importancia de las aproximaciones culturales en contextos multiculturales en los cuales las estrategias tradicionales no están teniendo el efecto esperado.

El objetivo de fomentar la igualdad entre los géneros reconoce la importancia de identificar aproximaciones adecuadas para que las mujeres puedan expresar sus propias necesidades y acceder y participar en los procesos de decisión y en la vida pública/cultural de sus comunidades. Esta aproximación facilita la lucha contra las barreras de la discriminación y aumenta la capacidad de las mujeres de seguir medidas seguras para garantizar su salud básica, participación en el diseño de las estrategias adecuadas de desarrollo local y fortalecer sus capacidades autonómicas e independientes como personas con plenos derechos humanos.

Desarrollo del documento

Los derechos culturales y derechos reproductivos forman parte de los derechos económicos, sociales y culturales. Aunque artificial, la división de los derechos humanos en derechos civiles y políticos y los derechos económicos, sociales y culturales es un procedimiento aún vigente hoy en día. El documento intenta buscar, mediante aproximaciones genéricas y a través de ejemplos en salud y cultura, salud y derechos humanos y cultura y derechos humanos, una base para la introducción de los derechos culturales en la salud sexual y reproductiva. El trabajo realizado en los talleres facilita la identificación de las necesidades y prioridades de las comunidades y posibilita la futura actualización del documento.

¿Para quién?

El objetivo del documento es evitar el lenguaje académico y producir un instrumento coherente para el uso de la sociedad civil. No ha sido posible evitar el lenguaje conceptual en todas las partes del documento, hecho que se intentará mejorar en actualizaciones posteriores. Hablar de elementos tan concretos como la salud sexual y productiva y elementos conceptuales (aunque con implicación práctica) como los derechos culturales no es siempre una tarea fácil. Por esta razón, las autoras del documento invitan a los lectores que les hagan llegar sus observaciones, sugerencias y correcciones así como también ejemplos de buenas prácticas en el ámbito de derechos culturales y salud sexual y reproductiva.

El documento se dirige a aquellas personas que tienen interés en entender las implicaciones de los derechos culturales en la salud sexual y reproductiva. El documento no es un manual, sino un documento marco sobre las interconexiones entre diferentes sectores.

El documento se dirige sobre todo a los agentes de la sociedad civil. *“La contribución de la sociedad civil es indispensable para ayudar a la gente a vivir su vida dignamente y con respeto, en todos los niveles de la sociedad humana de todo el mundo.”*² La acción colectiva o compartida contribuye a la promoción, la defensa y la protección de los derechos, así como al surgimiento de la concienciación a través de diferentes actividades, desde la monitorización hasta las distintas formas de participación.

Agradecimientos

El borrador del documento marco fue validado y debatido en dos reuniones celebradas en Bolivia en el mes de noviembre de 2007. Los comentarios y observaciones de estas reuniones y de otros contextos se han introducido a esta versión del documento marco, por lo tanto se agradece especialmente la contribución de Gloria Patchsneider, así como de Fidel Bauti, Miguel Canaza, Dominga Chinchilla, Isaac Chiquenoi, Lily Ledesma, Elvis Mayo, Juan Carlos Noe, Marcos Paz, Julio Quette, María Saravia, Higinio Segundo y Yolanda Ubano.

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 las 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. No obstante, la cultura se puede identificar a diferentes niveles (cultural nacional, local, regional; I, etc.) o se puede entender el papel de la cultura en diferentes formas (por ejemplo Helen Gould³ distingue la cultura en desarrollo como contexto, contenido, método y expresión).

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.

En los últimos años el debate sobre derechos individuales y colectivos ha cobrado más fuerza. 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 la 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 escoger la 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

² Promoción y defensa de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

³ Culture: Hidden Development, 2004.

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”⁴. Otras fuentes la definen como el “deseo de comunicación, de apertura a conocer y comprender la cosmovisión de la población a la que se atiende”⁵.

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, 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, el acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables y 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.⁶ La salud sexual y reproductiva incluye además de la atención a la salud materna y 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:

Competencia cultural

Según la guía desarrollada por el Consejo de Investigación en Salud y Medicina del gobierno de Australia sobre la competencia cultural en sistemas de salud esta significa una serie de comportamientos, aptitudes y políticas congruentes que se juntan en un sistema, agencia o entre profesionales y que facilitan que un sistema, agencia o los mismos profesionales trabajen de forma efectiva en una situación intercultural.

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, 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.

Desarrollo participativo

El desarrollo participativo aboga por una relación entre socios construida sobre la base de un diálogo entre los distintos actores (partes interesadas) durante el cual se establece la ‘agenda’ de forma mancomunada y se buscan deliberadamente y respetan los puntos de vista locales y los conocimientos nativos. Esto implica negociación en vez de la predominancia de parte de una agenda de proyecto establecida desde fuera⁷.

⁴ En Gallardo

⁵ Dibbits, 2004.

⁶ Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo del Cairo, Párrafo No. 7.2.

⁷ DAC Expert Group on Aid Evaluation, 1996 en Explorando Género – Un marco y una herramienta para el desarrollo participativo, Ministerio de Asuntos Exteriores de Finlandia, 2001.

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*⁸.

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 la tendencia de acentuarse cuando está en peligro o amenazada, aunque cabe añadir que las identidades culturales rígidas pueden llevar a fundamentalismos o aislamiento cultural.

Instrumentos internacionales

Una amplia gama de textos internacionales que varían, desde simples recomendaciones, hasta acuerdos internacionales de carácter vinculante pasando por resoluciones, declaraciones, decisiones, cartas y planes de acción, entre otros. Todos ellos tienen una característica común: son a la vez internacionales y estatales⁹.

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; tener acceso a su patrimonio cultural, entre otros libertades. La libertad cultural está íntimamente conectada con un 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, y además, ofreciendo la posibilidad de seguir manteniendo una identidad cultural. La libertad cultural otorga la libertad para que el individuo a decidida 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 propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

⁸ Declaración Universal de la UNESCO sobre la diversidad cultural, 2001.

⁹ Definición de Ivan Bernier en "Catálogo de instrumentos internacionales relativos a la cultura y los productos culturales"

1. 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”¹⁰”

En el 2005, 94 países de 149 de los cuales hay información, no habían establecido los objetivos de la 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 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 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 para 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 decisión¹¹.

En América Latina y el Caribe la probabilidad de morir durante el embarazo y el parto es de 1 entre 130 durante la vida reproductiva de una mujer. En Estados Unidos, dicha probabilidad es de 1 entre 3.500.¹² La mortalidad materna deja una larga sombra de discriminación en la región. Por ejemplo, según Amnistía Internacional, en Perú cada ocho horas muere una mujer como consecuencia del embarazo o de complicaciones durante el parto. En ese país, muchas mujeres sufren discriminación no sólo en sus hogares, sino también por parte de los servicios de salud. El informe de Amnistía dicta que: *“A pesar de las iniciativas del gobierno peruano para mejorar el acceso a los servicios de salud de los grupos pobres y marginados, a las mujeres peruanas aún se les niega el acceso a la atención médica por ser pobres. A esta discriminación por su situación económica se suma la discriminación basada en su identidad cultural o étnica. Las mujeres pobres, que corren un riesgo mayor de sufrir problemas de salud durante el embarazo y el parto, y los niños y niñas marginados, que deben hacer frente a mayores riesgos de padecer enfermedades durante los primeros años de vida, son quienes reciben menor protección”¹³.*

El Comité de las Naciones Unidas sobre derechos económicos, sociales y culturales adoptó en el 2005 el Comentario General No. 16 sobre la interpretación de la provisión sobre los derechos de igualdad del Artículo 3 del Pacto Internacional sobre los derechos económicos, sociales y culturales. El Artículo 3 asegura la igualdad de los hombres y las mujeres al disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales del Pacto. Desde la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos en Viena en 1993 grupos en defensa de los derechos de la mujer de todas partes del planeta han exigido y destacado la importancia de los derechos de la mujer. Aun habiendo progreso, los derechos económicos, sociales y culturales de las mujeres han sido ignorados por responsables de las políticas, organizaciones de los derechos humanos y activistas de movimientos sociales.

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 Unidas. Los resultados de estos procesos han permitido la reinterpretación de las normas, la

¹⁰ Marcela Ortiz. "26 de mayo: mortalidad materna en el siglo XXI", <http://www.mujereshoy.com/secciones/769.shtml>

¹¹ Ver Women's Rights Development of 2006 por Kathambi Kinoti. Fuente Newsgroup sobre derechos económicos, sociales y culturales.

¹² Isis, 2002.

¹³ Amnistía Internacional

<http://fi.oneworld.net/external/?url=http%3A%2F%2Fwww.es.amnesty.org%2Factual%2Facciones%2Fperu-salud-materno-infantil%2F>

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.

El informe "Porque soy una niña"¹⁴ ("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 por 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 doméstica o embarazos de adolescentes son asimismo particularmente altas.

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)¹⁵ 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 del 1994 sobre Población y Desarrollo del 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 sexualidad¹⁶.

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 (Rio 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.

En el año 2002, un grupo de expertos en Derechos Humanos se reunió en Montreal (Québec) para adoptar la Carta de Montreal sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las mujeres (Montreal Principles on Women's Economic, Social and Cultural Rights), el primer documento internacional para tratar los derechos económicos, sociales y culturales de las mujeres. Esto fue seguido por la adaptación del Comentario General no. 16 del Comité de las Naciones Unidas.

¹⁴ Because I'm a girl, Plan International, 2007.

¹⁵ www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/e1cedaw_sp.htm

¹⁶ **Principio 4:** Promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, así como eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer y asegurarse de que sea ella quien controle su propia fecundidad son la piedra angular de los programas de población y desarrollo. Los derechos humanos de la mujer y de las niñas y muchachas son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación de la mujer, en condiciones de igualdad, en la vida civil, cultural, económica, política y social a nivel nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación por motivos de sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional. **Principio 14:** Al considerar las necesidades de los indígenas, en materia de población y desarrollo, los Estados deberían reconocer y apoyar su identidad, su cultura y sus intereses y permitirles participar plenamente en la vida económica, política y social del país, especialmente en lo que afecte a su salud, educación y bienestar. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo, 1994.

CERA (Centre for Equality Rights in Accommodation) destaca que: “Los derechos económicos, sociales y culturales son importantes para las mujeres porque la desigualdad de género es un problema que principalmente toca a las mujeres y porque los derechos económicos, sociales y culturales tienen un significado particular para las mujeres. Esto porque como un grupo las mujeres tienen menos poder social, económico y social y son en general más pobres que otros grupos. Las mujeres también se ven afectadas desproporcionadamente por la presencia o ausencia de programas sociales y servicios que ofrecen servicios de salud, educación, cuidado de los niños y otras formas de cuidado social porque las mujeres son las principales proveedoras no pagadas de estos servicios”.

“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)¹⁷

En base a los resultados de Beijing, el informe de la Comisión Mundial para Cultura y Desarrollo de la UNESCO, *Nuestra Diversidad Creativa* (1995) identificó cuatro áreas de prioridad para la implementación y aplicación de políticas¹⁸:

- Los derechos de la mujer como derechos humanos
- La libertad reproductiva: “Es necesario promulgar, aplicar y cumplir políticas culturalmente sensibles que aumentan más que restrinjan la elección, ayudando a los individuos a tomar decisiones informadas y libres más que decisiones ignorantes y coaccionadas.
- La planificación sensible a los aspectos de género: “Integrar desde el principio las preocupaciones, las necesidades y los intereses de las mujeres en el diseño, reparto de recursos, ejecución y evaluación de todos los proyectos y programas”.
- Intensificación de la participación cívica y cultural de las mujeres (incluyendo el apoyo a la participación de las mujeres en instituciones, organizaciones y procesos de decisión).

Como complementarios a estas áreas, la Comisión recomendó la creación de un plan de acción internacional para fortalecer las estrategias de participación de mujeres en los ámbitos culturales, económicos y políticos y que debería incluir instrumentos para el desarrollo sensitivo a temas de género. Estas estrategias deberían equipar a las mujeres de sus derechos, movilizarlas y hacerles tener en cuenta sus opciones como productoras de la cultura en el contexto del cambio económico y global. Los ámbitos prioritarios serían:

- La colección y transmisión de la sabiduría de las mujeres en todos los ámbitos;
- La contribución de las mujeres en artes, artesanía, poesía y tradición oral;
- Las iniciativas de las mujeres en medios de comunicación y las artes;
- La celebración de las pioneras e innovaciones de las mujeres y su contribución en la ciencia, educación, servicio público y cultura popular;

¹⁷ La Convención también menciona en su Artículo 13 el derecho de participar en la vida cultural.

¹⁸ *Nuestra Diversidad Creativa*, 1995

- Fortalecimiento y facilitación de los grupos de mujeres que trabajan en el enlace de la cultura y el desarrollo;
- Implicación de las mujeres en los procesos de toma de decisión en todos los ámbitos y todos los niveles;
- **Mujeres y la cultura de la salud;**
- Mujeres y las industrias culturales;
- La legitimación de modelos culturales para las mujeres para favorecer las acciones dirigidas por ellas.

La Comisión en su informe hace además, una de las pocas referencias a la vinculación de los derechos culturales y los derechos reproductivos. En el apartado sobre los derechos culturales en que la Comisión hace un llamamiento para la articulación y mejor definición de los derechos culturales, subraya su importancia como derechos humanos, así como también hace un llamamiento a los gobiernos para que se emprendan acciones en tres ámbitos de los derechos de la mujer:

- Violencia contra las mujeres
- **Los derechos reproductivos de las mujeres, en particular las decisiones de ellas relativas a su salud reproductiva, embarazos, partos y sexualidad, libres del uso de la amenaza o coerción por cualquier individuo, persona o entidad**
- El derecho de las mujeres a la igualdad y justicia, y en particular al acceso a los recursos de la propiedad común cuando se formulen las políticas, los programas y los proyectos de desarrollo

Varias organizaciones de los derechos humanos han detectado un empeoramiento de los derechos humanos de las mujeres a pesar de las 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 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’.

Las observaciones post-Beijing han demostrado la falta del cumplimiento de los derechos humanos también en la esfera de los derechos reproductivos y sexuales: *“Las experiencias y necesidades de las mujeres y sus aportaciones a la reproducción y sostenimiento de la vida humana, no han sido incorporadas a ninguna teoría del derecho, de la cual la teoría de los derechos humanos es parte (...) Los logros formales, si bien son un avance en el reconocimiento de derechos de las mujeres, no fueron acompañados por transformaciones políticas, culturales y sociales que permitan vislumbrar la erradicación de la discriminación de género (...) El desconocimiento al mandato de la integralidad e interconexión de los derechos humanos (los derechos civiles y políticos deben implementarse de manera interconectada con los económicos, sociales y culturales y los derechos sexuales y reproductivos) (...) Asimismo, debemos insistir en la integralidad e interconexión de los derechos humanos, al igual que en la multiplicación de los esfuerzos para la implementación de los Derechos Humanos Económicos, Sociales, Culturales y los Sexuales y Reproductivos”*¹⁹.

Miloon Kothari, relator especial de las Naciones Unidas sobre la vivienda digna condujo en 2002-2006 una serie de consultas sobre los derechos de las mujeres a la vivienda digna, herencia y tierra. Los resultados indican que la cultura tiene un componente importante en el acceso de las mujeres a recursos financieros y sociales para mejorar su nivel de vida en relación con la vivienda y otros componentes sociales. Las consultas también demuestran que el nivel de conocimiento de las mujeres sobre sus derechos es generalmente muy bajo. Otra observación fue que la creencia generalizada de equipar las mujeres con derechos (por ejemplo a herencia o a tierra) pondría en peligro la estabilidad de la sociedad y que las mujeres empoderadas dejarían sus matrimonios.

¹⁹ Chiarotti, 2000.

Participación y auto expresión son derechos individuales colectados en la Convención de Derechos Civiles y Políticos (Naciones Unidas, 1966). Podemos realizar nuestros derechos sólo y cuando tenemos conocimiento sobre ellos y podemos expresarlos. La seguridad de las personas es un derecho humano especialmente importante para las mujeres y especialmente en el entorno doméstico²⁰.

Según el comentario General no. 16 del Comité sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, la igualdad sustancial no se logrará simplemente a través de la promulgación de leyes o adopción de políticas que fallan en abordar o incluso perpetuar desigualdad entre hombres y mujeres porque no toman en cuenta la desigualdades económicas, sociales y culturales existentes, sobre todas las que son vividas por mujeres²¹. Como resultado, el Consejo de Europa ha propuesto la estrategia de incorporación de una perspectiva de género en las escuelas. Esta estrategia incluiría aspectos jurídicos, políticas públicas, responsabilidades de la administración pública, funcionamiento de centros educativos, investigación y el papel de los padres²². La educación de las niñas y mujeres para conocer sus derechos facilita los cambios para construir una sociedad de igualdad, paz y respeto²³.

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; 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"*²⁴.

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 nacional²⁵. 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.

²⁰ Introduction to the Legal Concepts and Framework of the Human Right to Adequate Housing 2004, 15.

²¹ Girls' right to education, 2006.

²² Idem.

²³ Por ejemplo el 25% de los adultos de más de 15 años de edad en Centro América son analfabetos de los cuales la mayor parte son mujeres y niñas indígenas que viven en áreas rurales. UNDP Second Human Development Report for Central America and Panama, 2003.

²⁴ Chiarotti, 2006. Ella hace también una referencia al trabajo a veces frustrante sobre los derechos humanos de la mujer: *"En el caso de la comunidad de derechos humanos, de la que numerosas organizaciones de mujeres nos sentimos parte, la falta de reconocimiento respecto a muchas de nuestras preocupaciones o la minimización de nuestros reclamos resulta preocupante, porque las organizaciones de mujeres nunca dudan a la hora de sumarse a las acciones de denuncia y solidaridad que propone el movimiento de derechos humanos. Múltiples grupos de mujeres participan cotidianamente de marchas, movilizaciones, comunicados y campañas propuestos desde las organizaciones de derechos humanos en todos los países de la región. Sin embargo, no hay reciprocidad para apoyar las protestas por las graves violaciones a los derechos humanos de las mujeres, que no sólo no gozan de un lugar prioritario para su desarrollo teórico, sino para su defensa concreta en la práctica. Muchos de los problemas que más preocupan a las organizaciones de mujeres no figuran en la agenda del movimiento de derechos humanos. Nos referimos a cuestiones como la violencia doméstica, la criminalización del aborto, el acoso sexual en el empleo o la feminización de la pobreza, entre muchas otras."*

²⁵ Pan American Health Organization, 1997.

“En las comunidades indígenas, la mujer brinda su aportación como depositaria del conocimiento de la medicina, de la biodiversidad para la salud, la alimentación y la conservación del medio ambiente, la lengua y la cultura, aportes con los que obtuvo reconocimiento de parte de la comunidad”

Tarcila Rivera Zea²⁶

Las mujeres indígenas tienen un papel importante en la vida de la comunidad así como también en los últimos años, un rol central en las reivindicaciones de los derechos de las comunidades indígenas. Algunos de los aspectos de derechos, de especial interés para las mujeres indígenas, son los derechos al territorio, la cultura, el desarrollo económico y social, el uso de sus recursos naturales, el reconocimiento y respeto del conocimiento tradicional y la erradicación de todo tipo de marginación, discriminación y explotación²⁷.

De todas formas, ningún país del mundo ha logrado cerrar la diferencia entre géneros en todos los aspectos de la vida social²⁸. Este hecho demuestra que la discriminación no es sólo un problema de los países en vías de desarrollo, sino un problema de la humanidad de hoy en día. La discriminación contra las mujeres, incluyendo la salud sexual y reproductiva, tiende a tener peores consecuencias cuando están compaginados con pobreza, conflictos armados, fundamentalismos, falta de acceso a la educación, así como también en situaciones en que las mujeres no tienen acceso a la información sobre sus propios derechos o en entornos en que las costumbres culturales practicadas por la comunidad o la sociedad imponen un control intransigente sobre la vida de las mujeres.

“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.

2. Salud, derechos y cultura

2.1. Factores culturales en la salud

2.1.1. Curando culturalmente – aproximaciones culturales a la salud

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.

²⁶ Rivera Zea

²⁷ Idem.

²⁸ Girls' right to education, 2006.

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 mundial²⁹.

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 en 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 y los cinco principios fundamentales de la cooperación técnica son:

- La necesidad de las aproximaciones holísticas a la salud;
- El derecho de la autodeterminación de los pueblos indígenas
- El derecho a la participación sistémica
- El respeto y la revitalización de las culturas indígenas
- La reciprocidad en las relaciones

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, destinadas a mejorar las condiciones de salud y de vida de los pueblos indígenas en sus países. En 1994, en los talleres subregionales realizados en Bolivia y Guatemala se ratificaron los principios establecidos en Winnipeg y en el 1995 entró en vigencia el Plan de Acción. La iniciativa incluye la afirmación de la necesidad “*de revalorar y respetar la integridad de valores y prácticas sociales, culturales, religiosas y espirituales, propios de los pueblos indígenas, incluidos aquellos que tienen relación con la promoción y el mantenimiento de la salud y con el tratamiento de las enfermedades y dolencias*”.

Estas iniciativas abren el camino para la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998 sobre los servicios de salud en contextos multiétnicos³⁰:

- La promoción del concepto y prácticas de salud integral
- Pleno reconocimiento y ejercicio de la identidad con equidad y derecho a la diferencia
- Democracia multiétnica incluyente
- Participación plena de los miembros de las comunidades
- Articulación respetuosa entre los diferentes sistemas
- Indicadores integrales de consenso y estadísticas desagregadas
- Promoción del rescate de prácticas y conocimientos tradicionales
- Valoración de conocimientos indígenas
- Promoción de modelos de salud endógenos
- La formación del personal de salud en el enfoque integral
- Existencia de espacio y procedimientos de discusión
- Relación de trabajo respetuosa entre sistemas de salud occidental y tradicional

El estudio / catalogación *Sistemas de salud tradicionales en América Latina y el Caribe: información básica de la Organización Panamericana de la Salud*³¹ del año 1999 presenta una base de datos sobre la salud tradicional. Aunque la base de datos no incluye componentes culturales explícitamente, por la naturaleza del estudio es evidente que la dimensión cultural

²⁹ 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. 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.

³⁰ Dibbits, 2004.

³¹ “Sistemas de salud tradicionales en América Latina y el Caribe” 1999.

juega un papel importante sobre todo en la promoción de las culturas tradicionales y en la intersección con el sistema biomédico.

Recomendaciones en el Informe "Orientación de los Marcos jurídicos hacia la abogacía en Salud de los Pueblos Indígenas" (1998)

Pautas que deben constar en las de reivindicación del derecho a la salud de los pueblos indígenas:

- 1) Considerando la importancia que tiene la información sobre el perfil demográfico y **las variables socioeconómicas y culturales** en la formulación de políticas y prioridades en las agendas de los gobiernos, se sugiere la incorporación de la variable de etnia y género en los sistemas de información.
- 2) La identificación de modelos de atención que respondan a las necesidades reales de la población urge:
 - La promoción del uso del idioma nativo en los servicios de salud.
 - La capacitación y desarrollo de los recursos humanos de salud para el entendimiento **del idioma nativo, de las formas de comunicación y del contexto sociocultural de la población**. De igual manera para el reconocimiento y aceptación de la organización social que funciona alrededor del paciente, de sus familiares y de la comunidad. Es decir, los modelos de atención de salud a las comunidades multiculturales, particularmente indígenas, deben ser fundamentados en el reconocimiento de la cultura local y el respeto mutuo.
- 3) En reconocimiento de los aportes del conocimiento colectivo de los pueblos indígenas a la salud y biodiversidad, se sugiere:
 - Promover espacios de reflexión, con plena participación de los pueblos interesados en relación a la legalización/legitimación de la medicina tradicional/indígena y de los terapeutas tradicionales/indígenas, así como la promoción de asociaciones de terapeutas, basadas en códigos de ética elaborados por los propios terapeutas.
 - Reconocimiento y garantía de la propiedad intelectual colectiva
- 4) Finalmente, considerando que el alimento, el agua limpia, el aire puro son elementos imprescindibles para la promoción y conservación de la salud, se recalca en el reconocimiento de la tierra/territorios como fuente de salud.

Varios estudios e iniciativas reconocen el hecho que el diálogo es el componente más importante en la aproximación cultural a la salud. Las expectativas y vivencias culturales de ambas partes involucradas en los procesos de salud (usuarios/as y los/as proveedores) pueden marcar una distancia considerable. Berlin y Fowkes³² señalan que el éxito de la comunicación intercultural depende sobre todo de cinco elementos: escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar. El diálogo puede ser y fácilmente llega a ser complementado por la negociación cultural que tiene como objetivo encontrar el marco de actuación en que las ambas partes se sienten cómodas y los/as usuarios/as tienen la sensación de ser respetados, escuchados y tomados en serio.

³² En Alarcón, Vidal, 2002.

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)³³.

Las aproximaciones culturales se han encontrado útiles por ejemplo en el tema de tratar la epidemia del SIDA que afecta a más de 40 millones de personas. En referencia a la salud materna, en el año 2005, 2,3 millones de niños nacieron de madres con VIH. En el mundo hay aproximadamente 20 millones de mujeres seropositivas, lo que conlleva repercusiones socioculturales importantes. La salud sexual es un área de numerosas creencias y costumbres que pueden resultar dañinas en la lucha contra las enfermedades. El tema del VIH/SIDA es un ejemplo de proceso en que la cultura puede funcionar como un acelerador de la epidemia (creencias culturales o falta de información sobre las formas de contagio) o un freno (trabajar las sensibilidades culturales de manera accesible).

En la última década las grandes organizaciones como la UNESCO han reunido esfuerzos para estudiar el papel de la cultura en la propagación del SIDA. Sin embargo, como señala Alinah K. Segobye *"la investigación todavía depende en gran medida del ámbito biomédico"*. Además que *"los fondos internacionales principalmente están destinados a la investigación médica y la mayor parte de los esfuerzos concentrados en otras partes"*, ella señala que *"la investigación cultural se ha centrado en los aspectos tangibles (la cultura material) e intangibles (la cultura no material). La cultura como sistema muy complejo se presta a menudo a diferentes interpretaciones dentro y fuera del sistema cultural específico. Así, percepciones de algunas culturas como iguales y de otras como "más desarrolladas" son equivocadas, ya que la diversidad cultural y el espacio son el resultado de muchas fuerzas diferentes tales como las personas, la naturaleza, las ideas y el tiempo (...)* El sida presenta un nuevo desafío ya que involucra a la cultura en el logro de soluciones para una gran amenaza socioeconómica y cultural. La dimensión cultural, donde se alojan muchas formas sutiles de información, necesita ser cuidadosamente estudiada, tan concienzudamente como se hace con las investigaciones médicas para enfrentarse a la gran amenaza del desarrollo del siglo XXI (...) es importante que el investigador actual no entre en la comunidad como un experto todopoderoso, sino como un aprendiz consciente de la oportunidad que tiene de aprender nuevas cosas." Segobye identifica como áreas de investigación temas relativos a las estructuras de autogobierno y gobierno local; los sistemas legales; la alimentación y las tecnologías de los recursos naturales; los idiomas y las artes.³⁴

Stepping Stones es un programa de prevención de VIH/SIDA que se basa en una aproximación al empoderamiento de Freire³⁵. El programa compagina diferentes técnicas como las técnicas de aprendizaje y acción participativa tales como los juegos de rol con educación no-formal sobre prevención. Es un programa en escuelas sobre la promoción de salud sexual y educación en que los instrumentos artísticos (teatro) se usan para tratar los problemas en la salud sexual y reproductiva. Los resultados del programa incluyen cambios en el comportamiento sexual (por ejemplo que las mujeres insistan en el uso del preservativo en

³³ Texto de Orientación de marcos jurídicos....

³⁴ Segobye, 2004.

³⁵ Paulo Freire, pedagogo brasileño, conocido, entre otras cosas, por su *pedagogía de la liberación*.

relaciones sexuales) y social (descrecimiento de cifras de violencia doméstica) y diálogos inter-comunitarios³⁶.

Urunana es un programa de mejora de condiciones de salud para mujeres en áreas de conflicto en la zona de los grandes lagos en África. Es un programa de radio transmitido en Radio Ruanda para entregar mensajes educativos sobre temas relacionados con la salud con el objetivo de provocar cambios de comportamiento. El programa, vestido en el formato de una radio novela, usa el contexto local como un componente importante en el diseño y formato de los contenidos del programa³⁷.

Family Care International tiene una larga experiencia de involucrar factores culturales en el trabajo sobre la salud sexual y reproductiva, incluyendo el problema del SIDA. Conjuntamente con IBIS Dinamarca, FCI ha desarrollado un plan de trabajo en Bolivia que toma en cuenta los valores, actitudes y prácticas, y el comportamiento sexual para buscar instrumentos efectivos en la prevención de la epidemia y sensibilización sobre ella.

La iniciativa del gobierno australiano sobre la aptitud cultural en la salud³⁸ reconoce la intersección entre los derechos de la salud y la diversidad cultural. La guía desarrollada por el Consejo de Investigación en Salud y Medicina del gobierno de Australia tiene como objetivo *“dar un modelo para la competencia cultural que puede ser aplicado por sistemas de salud y organizaciones para mejorar la salud de todos”* además de reconocer que *“todos los australianos tienen derecho al acceso al sistema de salud que corresponde a sus necesidades. En nuestra sociedad culturalmente y lingüísticamente diversa, ese derecho puede solo ser sostenido si los asuntos culturales son el centro a todos los niveles en el sistema de salud – sistémico, organizacional, profesional e individual.”* Este modelo propuesto por el gobierno de Australia es un modelo que se acerca al pensamiento de los derechos culturales en la salud. La guía reconoce las desigualdades en salud que existen en muchas comunidades culturalmente y lingüísticamente diversas y las necesidades de tener medidas efectivas de asegurar el acceso [y participación] de la población culturalmente diversa a servicios de salud culturalmente adecuados. La guía llega a destacar el derecho de los consumidores a iniciativas de salud que corresponden a su diversidad social, cultural, lingüística, género y espiritual que promueven su salud y bienestar.

Además de destacar los derechos de la salud, y los derechos culturales (aunque sin mencionarlos por nombre), la guía también pone hincapié en las responsabilidades [culturales] de ofrecer y mantener un servicio de salud culturalmente competente. La responsabilidad compartida entre la administración pública, responsables de los procesos de la toma de decisión, responsables de salud pública y los miembros de la comunidad, facilita el hecho que la aproximación cultural sea general y apoyada por una plataforma amplia. Una de las características, según la guía, de un sistema de salud culturalmente competente es facilitar la auto-determinación y asegurar el compromiso y reciprocidad para los consumidores y comunidades cultural y lingüísticamente diversas³⁹. La guía también recomienda la formación intercultural de los profesionales de los servicios de salud.

Los derechos humanos en la salud pueden dar pie a que grupos vulnerables tengan la sensación de tener el dominio de su propio desarrollo. En palabras de Thoraya Ahmed Obaid, Director Ejecutivo de UNFPA: *“Posesión’ (“ownership”) del derecho a la salud facilita su interiorización a experiencias de las comunidades y las empuja hacia un entendimiento más profundo de la universalidad de los derechos humanos”*⁴⁰. Además, señala la importancia de la cultura en el trabajo sobre los temas en el ámbito de UNFPA; derechos reproductivos, igualdad

³⁶ Gould, 2004.

³⁷ Idem.

³⁸ Cultural Competency in Health: A guide for policy, partnerships and participation (2005)

³⁹ Las otras características, según la guía, son: reconocer los beneficios que la diversidad da a la sociedad australiana; facilitar que los responsables de la salud y los consumidores alcancen el cuidado y servicios más adecuados y mantener los gobiernos, organizaciones de salud y agentes responsables para contestar a las necesidades de todos los miembros de la sociedad de la cual están al servicio

⁴⁰ Obaid, 2005.

de género y planificación familiar, entre otros temas. Él apunta que el trabajo de UNFPA se basa en ocho observaciones⁴¹:

- Las culturales son las realidades en los contextos de desarrollo
- Las personas no son sólo productos de sus culturas, sino también las creadoras de ellas y esa forma reformula los valores, normas y expresiones culturales
- Las culturas no son ni estáticas ni monolíticas. Cada cultura se caracteriza por diversidad, contestabilidad y espacios privados y públicos para mediación y negociación
- Las culturas tienen un impacto fuerte en los sectores sociales y en las relaciones sociales, sobre todo en las relaciones de poder sobre el género
- El cambio en las sociedades y comunidades empujan los cambios en las normas, tradiciones y expresiones culturales
- Hay que respetar la independencia y diversidad cultural con el reconocimiento que el cambio se puede mediar en favor de los derechos humanos y la igualdad de género
- Las culturas y las religiones comparten denominadores comunes con los estándares universales, tales como la equidad humana, compasión y tolerancia
- Los derechos humanos se pueden reconocer e internalización a través de una aproximación culturalmente sensible que da una base social y apoyo a la aproximación legal

En contextos multiculturales, y en particular en comunidades indígenas los procesos de diálogo y negociación demuestran el importante paso de construir modelos que corresponden a la realidad y expectativas culturales de los usuarios. En estos contextos, el sistema médico no se puede considerar como un sistema apartado o aislado, sino un modelo complementario de pensamiento, conducta y norma establecida que tiene que corresponder a las necesidades reales de las personas que acuden a los servicios.

“Diversos y complejos factores (barreras culturales, barreras sociales, económicas, barreras geográficas) condicionan el bajo acceso y utilización por parte de la población urbano-marginal y especialmente rural a la atención en salud que proporcionan programas de los gobiernos. Para algunas comunidades, los conocimientos y los terapeutas indígenas son el único recurso permanente para el mantenimiento y restauración de su salud.

Desde varios espacios internacionales y nacionales, los países de la Región han reconocido la necesidad de generar procesos que lleven a la superación de las diferentes barreras, así como de incluir paradigmas que permitan operativizar un concepto de salud integrado e integral en el que los conocimientos de las diferentes culturas sean reconocidos y donde se busquen estrategias y espacios adecuados para fortalecerlos, generando una interrelación recíproca, respetuosa y complementaria”⁴²

El gobierno de Chile (colaboración entre varios ministerios) lleva a cabo un programa llamado *Orígenes* con el componente de salud intercultural y el objetivo de mejorar la situación de salud de la población indígena, fortalecer su medicina indígena, la eliminación de barreras culturales, la ampliación del acceso físico a los servicios públicos y la pertinencia y adecuación de las prácticas de los funcionarios públicos en la atención de población indígena. En su primera fase, el Programa fue dirigido a 44 comunas de sectores rurales en territorios de alta concentración de población indígena.

“El objetivo del Programa de Salud Intercultural es contribuir a elevar la situación de salud de la población indígena, mediante la eliminación de barreras culturales y la ampliación del acceso físico a los servicios públicos.

⁴¹ Idem.

⁴² Orientación de los Marcos Jurídicos..., 1998.

Los proyectos de este componente que se ejecutan directamente con las comunidades se implementan en cuatro grandes áreas:

1. Desarrollo y validación de modelos de atención intercultural en salud.
2. Pertinencia cultural de los servicios públicos de salud en territorio indígena.
3. Recuperación, fortalecimiento y desarrollo de medicina indígena.
4. Mejoramiento del acceso y capacidad resolutoria de la red de servicios interculturales⁴³.

Finalmente, hay un número elevado de acuerdos internacionales que abordan el tema de la salud intercultural⁴⁴ aunque no existen instrumentos internacionales que hagan referencia explícita a la relación entre derechos reproductivos y derechos culturales.

“Uno de los problemas fundamentales de la práctica biomédica en las regiones indígenas de América Latina es la ausencia parcial o total de una capacitación específica de los médicos, enfermeras y dentistas, sobre las características socioculturales de los pueblos indígenas con los cuales se pretende trabajar en forma cotidiana. La formación universitaria no contempla en sus contenidos curriculares el aprendizaje de elementos, herramientas y metodologías cuali-cuantitativas. Ciertamente aparecen algunas materias como “salud pública”, “medicina preventiva”, “desarrollo comunitario”, “medicina social”, “sociología de la medicina”, “antropología de la salud” y “antropología médica”, pero, en conjunto, ellas constituyen una minoría absoluta con respecto a las materias técnicas de orden clínico. Únicamente interesa el cuerpo humano en detrimento del contexto social y cultural donde se desenvuelve el hombre concreto. En otras palabras, se desestima su cuerpo social”:

Roberto Campos Navarro

2.1.2. Salud reproductiva multicultural

“En contextos multiculturales, el sistema biomédico moderno no ha sido incapaz de articularse con la medicina indígena. Ello se explica en parte porque los gobiernos no han podido orientar eficazmente sus planes de desarrollo hacia las poblaciones indígenas, las cuales han sido históricamente marginadas, social y culturalmente. Las visiones etnocéntricas de los grupos que por siglos se han instalado en las esferas de poder ha contribuido inmensamente a esta invisibilización de otras culturas y cosmovisiones. El etnocentrismo impide construir puentes entre las culturas, aún más cuando del etnocentrismo al racismo hay un corto paso, las brechas entre las culturas se vuelven abismales”⁴⁵.

⁴³ <http://www.origenes.cl/salud.htm>. El proyecto tuvo como uno de los subcomponentes el Desarrollo y Validación de modelos de atención intercultural en salud. Este Subcomponente “incluye acciones que permite: Generar una base diagnóstica sobre la situación de salud de las comunidades del Programa y recursos de salud indígenas y estatales; Formular objetivos y metas sanitarias; y Mejorar la situación de salud de las comunidades indígenas. En tal sentido, este es el Subcomponente que permite focalizar la acción del Componente en problemas de salud de las comunidades indígenas. Está concebido para sintetizar el desarrollo de los otros tres componentes, como experiencias en salud intercultural en los 9 servicios de salud donde trabaja el programa y 9 experiencias pilotos”. Los demás subcomponentes eran “Pertinencia cultural de los servicios públicos de salud en territorio indígena”, “Recuperación, fortalecimiento y desarrollo de medicina indígena” y “Mejoramiento del acceso y capacidad resolutoria de la red servicios interculturales”.

⁴⁴ 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 all. 1998

⁴⁵ Manual para la Humanización y Adecuación Cultural del Parto, 2006.

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 reproductiva multicultural trabaja desde el punto de vista de muchas sensibilidades culturales. Los aspectos sociales y culturales tienen un papel importante en la efectividad de programas y políticas sobre la salud reproductiva multicultural. Las sensibilidades culturales son especialmente importantes en un área en que las dimensiones son muy íntimas y el diálogo entre las diferentes partes es esencial.

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 complicidad y alianzas con los agentes/actores que ya 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”*⁴⁶. Los altos índices de mortalidad materna e infantil demuestran la necesidad de capacitar a las parteras con conocimiento moderno y actualizado, y contar con su complicidad en el contacto con los/as usuarios/as de los servicios.

“El papel de articuladoras sociales de las comadronas, capaces de mediar entre su comunidad y los médicos occidentales, quedó demostrado en la experiencia realizada en el noroeste chaqueño argentino. El Programa de Entrenamiento de Comadronas a cargo del antropólogo Marcelino Fontán, de la Unicef, se propuso disminuir el alto índice de mortalidad infantil y materna por causas prevenibles en la región.

El equipo profesional multidisciplinario comenzó en 1996 con un amplio relevamiento de conocimientos, creencias y prácticas tradicionales de los grupos tobas y wichis de la región, antes de iniciar el gradual entrenamiento de cien parteras empíricas de la zona. Se trabajó con ellas el uso de hierbas medicinales y las recomendaciones de alimentación y de cuidado de la embarazada y del recién nacido. Como resultado de esta experiencia los servicios de salud aceptaron la presencia en el parto de la partera aborígen, el parto vertical y la devolución de la placenta a la familia.

*Por otra parte, se logró en el transcurso de dos años un aumento en la concurrencia al control prenatal, al parto institucional, un incremento de los controles hospitalarios de niños sanos y una disminución de la mortalidad materna de un 30 por ciento a un 9 por ciento. Hoy día ha pasado a ser una escena habitual que el personal de salud salga y se reúna con grupos de población y comadronas en centros de salud y puestos rurales.*⁴⁷

Jennifer H. Gallardo está llevando a cabo una investigación en el ámbito de la antropología médica sobre el papel de las parteras tradicionales en un hospital en Puebla, México. El objetivo del estudio es observar la institucionalización de la medicina tradicional como parte de

⁴⁶Cuando la medicina moderna vive con los saberes ancestrales. Bibliomed. <http://www.buenasalud.com/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3153&ReturnCatID=343>

⁴⁷ Texto Bibliomed. <http://www.buenasalud.com/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3153&ReturnCatID=343> En la página aparecen otros ejemplos de trabajo intercultural.

la valorización formal de los conocimientos culturales indígenas y/o locales y el fomento de la interculturalidad. El estudio destaca el papel de las parteras y médicos tradicionales así como también el diálogo con los profesionales de los centros médicos para lograr un sistema que compagine los logros de la medicina moderna y tradicional. Las hipótesis del estudio incluyen el hecho que los/as pacientes que acuden con las parteras tradicionales dentro de los centros médicos tienden a tener más confianza con el sistema médico occidental y sentirse más valoradas como personas.

El Manual sobre la Humanización y Adecuación Cultural al Parto (Family Care, 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”*⁴⁸. El Manual afirma que las barreras culturales representan un obstáculo para la atención necesaria y hace un llamamiento a los profesionales de tener 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.

El Manual afirma que *“la humanización y adecuación cultural del parto permiten superar algunas de las barreras que impiden que las mujeres embarazadas lleguen a los servicios de salud para recibir atención sanitaria calificada durante su embarazo y el parto”*. Para lograr esto, el Manual presenta entre los resultados esperados, por ejemplo el siguiente punto⁴⁹:

- **Identificar las características** que debe tener la atención del embarazo y del parto **para respetar las tradiciones culturales** de todas las mujeres y así satisfacer sus necesidades y requerimientos

Durante las últimas décadas, en América Latina se han demostrado avances en el reconocimiento de la diversidad cultural en políticas públicas aunque en los procesos de salud ese reconocimiento han sido todavía parciales. Las cifras muestran aún un nivel alto de mortalidad materna, indicador de que algo falla en las aproximaciones al tema⁵⁰. Se reconoce que: *“En el tema de salud y de salud sexual y reproductiva falta el reconocimiento y la incorporación de las prácticas médicas indígenas positivas al sistema de salud desde el Estado. Entre los que hay que reconocer el aporte de las Médicas Tradicionales que deberían estar en los Centros de Salud al lado de los médicos y enfermeras para que ellas también actúen cuando sea necesario”*⁵¹.

Muchos de los ejemplos de proyectos sobre la búsqueda del puente entre las tradiciones culturales y la medicina moderna son ejemplos de diálogos y cooperación entre entidades de diferentes países.

UNFPA, el Fondo de Población de las Naciones Unidas es una de las agencias que desarrolla un manual de aproximación cultural a la salud sexual y reproductiva. El informe, *Culture matters*, parte de la idea que es importante que las agencias internacionales entiendan, aprecien e incluyan el contexto cultural en el desarrollo estratégico y planificación para conectar las realidades a la salud sexual y reproductiva a los objetivos de desarrollo. El trabajo de las agencias contiene más que impone, modelos de funcionamiento dispuestos a escuchar y aprender de las comunidades. De esta forma pueden entrar en diálogo y alianza con las comunidades. El informe, publicado en el 2004, incluye informes de programas en nueve países y un manual para trabajar en diferentes contextos. El informe ofrece una base de recursos sobre asuntos culturales relativos al desarrollo, particularmente sobre el papel potencial de facilitador de estructuras locales e instituciones religiosas en la promoción de la salud sexual y reproductiva y la aproximación de derechos al desarrollo⁵².

⁴⁸ Manual para la Humanización y Adecuación Cultural del Parto, 2006.

⁴⁹ Idem. Los demás puntos incluyen la modificación de las prácticas de atención obstétrica y neonatal; la modificación de las prácticas inocuas o dañinas de la atención obstétrica y neonatal; la promoción de la confirmación de comités de usuarias/os; la promoción de la participación activa de actores; y el diseño de estrategias para el manejo adecuado de la resistencia al cambio

⁵⁰ Por ejemplo vea Camacho et al, 2006.

⁵¹ Rivera Zea, 2005

⁵² Culture Matters, UNFPA, 2004.

A pesar del número y variedad de los casos, los resultados en el informe destacan algunas observaciones. Entre los resultados se encontró esencial el entendimiento cultural y sensibilización para establecer relaciones de confianza con las comunidades. El uso de un lenguaje culturalmente sensible fue también uno de los requisitos necesarios. Incluir y comprometer las estructuras del poder local y las instituciones religiosas / espirituales es también importante en el éxito de la operación. Otras observaciones incluyen encontrar puntos de acuerdo (para prevenir conflictos) en el proceso, formación de profesionales en temas culturalmente concientes y alianzas con otros actores en el ámbito.

Un ejemplo es el programa del fortalecimiento de trabajo de las parteras indígenas y salud intercultural entre organizaciones de salud aborígenes de Canadá y Guatemala⁵³. El objetivo principal del proyecto (2005) fue mejorar los servicios de salud maternos y de niños en las zonas indígenas de Guatemala a través de compartir experiencias e información para promover prácticas interculturales de salud y empoderamiento de mujeres indígenas. O el programa de salud intercultural en las comunidades indígenas del gobierno de Chile cuyos objetivos son: *“mejorar la situación de salud de la población indígena, fortalecer su medicina indígena, la eliminación de barreras culturales, la ampliación del acceso físico a los servicios públicos y la pertinencia y adecuación de las prácticas de los funcionarios públicos en la atención de población indígena”*⁵⁴ poniendo hincapié en el uso de la medicina tradicional.

Los resultados de la primera reunión técnica para la promoción de la salud materna en Chiapas, Guerrero y Oaxaca en febrero del 2008 descritos en *Sensibilización en diversidad sociocultural para la atención en salud materna*, presentan tres aspectos a considerar en relación con la salud intercultural: ¿Desde dónde se produce el discurso sobre la salud reproductiva y la salud materna?, las relaciones entre culturas y las estrategias asociadas a la sensibilización. Los resultados dictan que: *“los pueblos indígenas (jóvenes, mujeres y niños (as), enfrentan problemas asociados con la falta de educación respecto de su sexualidad, poca o nula información para evitar embarazos a edades tempranas, e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA; y también humanos para la prevención de la violencia de género”*. Además, afirma que *“el reto es comprender los elementos culturales que configuran la presencia de la problemática de la salud sexual y reproductiva específica para este grupo de población, y su relación con la vulnerabilidad social”*. El informe hace un llamamiento sobre la importancia de trabajar con el cambio de actitudes, conocimientos y prácticas de las personas y las estrategias en general.

Fuente: Resumen de la Primera Reunión Técnica

Informe Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas, Rodolfo Stavenhagen:

- *El 40% de la población indígena en América Latina carece de acceso a los servicios de salud, y persisten las grandes diferencias en índices de salud entre la población indígena y no indígena*
- *Los niños indígenas exhiben tasas extraordinariamente altas de malnutrición*
- *Un estudio comparativo en cinco países latinoamericanos realizado por el Banco Mundial revela que en la última década la situación de los indígenas no ha cambiado, salvo en el campo de la educación*

→ la marginación de población indígena se traduce en índices alarmantes de pobreza, falta de tierra y territorios, bajos salarios, desempleo acentuado, altos índices de analfabetismo, especialmente femenino, deserción escolar, necesidades básicas insatisfechas y un perfil epidemiológico donde predominan las enfermedades por causas prevenibles.

⁵³ Strengthening Indigenous Midwifery and Intercultural Health Care: A Collaboration between Guatemalan and Canadian Aboriginal Health Organizations. Mas información en:

⁵⁴ Más información: <http://www.origenes.cl/salud.htm>

Diferentes aproximaciones interdisciplinarias a las representaciones culturales y sociales de la salud reproductiva y los procesos de maternidad están presentadas por ejemplo en los resultados de la conferencia "Birth" de marzo de 2007 y su proyecto madre, "Hard Labour". Las presentaciones incluyen una variedad de tópicos que reflejan un entorno en que las prácticas sanitarias modernas y las nuevas tecnologías transforman el entendimiento cultural y las experiencias individuales de reproducción⁵⁵.

La mencionada tendencia de adaptar guías interculturales para incorporar factores culturales en los servicios de salud o reconocer la aproximación cultural a cuestiones de salud también ha producido estrategias en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. En América Latina hay varias iniciativas de este tipo.



Portada del Manual sobre sexualidad para mujeres indígenas repartido a todas las comunidades indígenas en México. Producido por organizaciones pro derechos sexuales con la intención de promover y fortalecer la autonomía de mujeres indígenas y luchar contra mitos y prejuicios sexuales y el papel de la mujer en ellos.

Manual para la Humanización y Adecuación cultural de la atención del parto (HACAP), el proyecto piloto por Family Care International, Dirección Provincial de Salud de Tungurahua y Proyecto de Garantía de la Calidad, representa una metodología de mejora de la salud materna y adecuación cultural en Ecuador. El manual presenta cuatro componentes para reducir la mortalidad materna:

- Capacitación clínica de cuidados obstétricos y neonatales esenciales
- Mejora continua de la calidad de atención brindada en los servicios de salud
- **Humanización y adecuación cultural de los servicios de atención del parto a las necesidades y requerimientos de las usuarias**
- Acciones a nivel comunitario para **aumentar la demanda y el acceso a servicios de salud**

Los contenidos del Manual fueron validados en cuatro talleres con la participación de una variedad de profesionales y usuarias de los servicios.

En el estado de Chiapas, en México, en el Hospital Regional y la Clínica del Campo en San Cristóbal de las Casas se han realizado cursos avanzados de *Diversidad Cultural y Servicios de Salud* con el objetivo de "*propiciar una mayor sensibilización de los profesionales de la salud respecto a la diversidad social y cultural que les permita interactuar dentro de perspectivas culturales diferentes*"⁵⁶. Las sesiones, dirigidas a profesionales del sector, incluían diferentes componentes: desde el tratamiento de temas como la discriminación étnica, hasta la interculturalidad y la competencia cultural en servicios de salud y humildad cultural. La evaluación de cinco cursos indicaba una concienciación importante respecto al trato diferenciado en los centros de salud en relación a personas de diferentes minorías, y en especial, sobre la discriminación experimentada por personas indígenas. Los profesionales que participaron en las sesiones observaban en sus respectivos centros una mayor discriminación de personas indígenas en cuanto a su acceso a los servicios, atención oportuna, traducción

⁵⁵ http://www.imogentylar.net/index_files/Page421.htm

⁵⁶ Fuente: informe de la 1a Reunión técnica de promoción de la salud materna,

lingüística o información clara y completa. El informe detecta como razones a la discriminación de las mujeres indígenas:

- Diferencias a nivel ideológico y de cosmovisión, que a su vez originan deficiencias en la atención de los servicios de salud por mutua incomprensión de las concepciones del cuerpo y del proceso salud-enfermedad. Consecuentemente, esto genera discrepancias mutuas de los procedimientos y seguimientos en la atención a la consulta y hospitalización
- Problemas de comunicación a causa del lenguaje

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 otras:

- 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 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 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*⁵⁷ (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 de reproducción a través de ofrecer 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 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 produjo 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.

“La Cosmovisión andina de la cultura kallawayaya abarca todo un acervo coherente de mitos, ritos, valores y expresiones artísticas. Esta visión característica del mundo, basada en los antiguos pueblos indígenas, se manifiesta a través de una medicina tradicional, cuyas virtudes gozan de un amplio reconocimiento en Bolivia y en numerosos países de América del Sur donde ejercen los médicos-sacerdotes kallawayas. Este arte de curación, que está reservado a los hombres, es el resultado de un conocimiento extraordinario de la farmacopea animal, mineral y botánica, así como de todo un acervo de conocimientos rituales indisociables de las creencias religiosas. Los curanderos itinerantes tratan a los pacientes gracias a unos conocimientos médicos y farmacéuticos que se articulan en torno a un sistema complejo de transmisión y aprendizaje en el que el viaje desempeña un papel preponderante. Al atravesar ecosistemas muy variados en el transcurso de sus viajes, los curanderos kallawayas perfeccionan sus conocimientos de las plantas medicinales. La farmacopea kallawayaya, que consta de unas 980 especies, es una de las más ricas del mundo. Las mujeres kallawayas participan en ciertos ritos y se consagran a la salud de las mujeres encintas y de los niños. Ellas tejen los paños que se utilizan en los ritos, cuyos motivos y adornos evocan la Cosmovisión kallawayaya. Durante las ceremonias rituales, grupos de músicos tocan la zampoña y el tambor para entrar en contacto con el mundo de los espíritus”

⁵⁷ “Cross-cultural Adaptation of Reproductive Health Services in Bolivia”, 2005.

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 prácticas 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 de los Departamentos de Potosí y La Paz para profesionales del sector de la salud que tiene como objetivo capacitar a los profesionales con nuevos conocimientos y sensibilidad cultural. Además de aproximarlos a la humanización de 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. Los módulos son los siguientes:

- metodología de la investigación- acción
- interculturalidad, nación y acceso a los servicios del Estado
- experiencias de salud intercultural en América Latina
- modelos y sistemas médicos
- bases y prácticas de la medicina indígena
- farmacopea indígena y remedios herbolarios
- la eficacia terapéutica y el enfoque biosicosocial de la enfermedad
- las enfermedades prevalentes y la interculturalidad
- la relación médico-paciente: enfoques y experiencias
- el enfoque intercultural en el desarrollo de programas de educación para la salud
- la alimentación en contextos interculturales
- metodología de planificación y presentación de proyectos

Este programa ha producido 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 a nivel internacional.

Normativización de la cultura

2.2.1. Cultura y derechos humanos

"The Banyan Tree Paradox", guía sobre cultura y derechos humanos para activistas en el campo de los derechos humanos, elaborada por International Human Rights Internship Program (IHRIP) parte de la importancia de los derechos relativos a la cultura en todo el trabajo sobre los derechos humanos. La guía reconoce que antropólogos y sociólogos muchas veces se han concentrado más en temas de cultura y derechos que los propios activistas sobre los derechos humanos. Sin embargo, la sensación entre los activistas ha sido que los antropólogos han argumentado contra los estándares 'universales' para destacar los rasgos específicos de diferentes culturas y de esta forma ponen hincapié en el relativismo cultural que a la vez puede resultar en la negligencia de los derechos de las personas y control sobre la libertad individual⁵⁸. La guía destaca que en los últimos años la demanda sobre pautas relativas a los derechos culturales en el trabajo de las organizaciones ha aumentado y que muchos activistas

⁵⁸ Bayan Tree Parados, 2006.

posiblemente no consideran que su trabajo trate de 'derechos culturales', aunque consiste en una gran parte sobre como la cultura se relaciona con y afecta el trabajo que hacen.

“existe una impresión equivocada que todo lo que necesitamos es tener un paradigma o sistema de derechos. El tema no es solo una cuestión de derechos; es una cuestión de la habilidad de usar derechos, hasta qué extensión pueden marcar la diferencia. Más allá de los paradigmas legales de derechos, existe un mundo de mujeres y hombres y actividades sociales, culturales y religiosas que tienen raíces muy profundas y son muy inaccesibles”⁵⁹.

El tema del género o la posición de las mujeres en las culturas son temas recurrentes en el trabajo sobre los derechos humanos y los derechos culturales. De la misma forma que la integridad física o el derecho de la mujer de decidir sobre su propio cuerpo, las tradiciones culturales que tienen como objetivo el control sobre las vidas de las mujeres y las decisiones que pueden tomar en la vida se convierten muchas veces en el centro de la mirada en debates sobre los derechos culturales, tanto en forma de argumentos contra los derechos culturales como a favor o contra del relativismo cultural.

Traducir la cultura en leyes y estándares normativos no ha sido nunca una tarea fácil. Ya 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 la tendencia de quedarse al margen de la normativización, por cuestiones de tipo ideológico y político que rodean el 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. La universalidad de los derechos destaca que los derechos universales son individuales y no pueden ser limitados por el estado o la comunidad. El relativismo cultural parte de la idea que cada sociedad o comunidad tiene sus propias normas éticas y morales, y los derechos hay que interpretarlos en clave de situación cultural. Los relativistas muchas veces subrayan el poder de la comunidad sobre el individuo. Para resolver la tensión entre la universalidad y el relativismo cultural, la resolución de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena de 1993 reconoce la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos a la vez que destaca el derecho de las comunidades de interpretar los derechos humanos a su manera siempre y cuando estas maneras no violen las libertades fundamentales y los derechos humanos.

Las organizaciones de la sociedad civil han criticado la falta de sistemas de monitorización de las violaciones de los derechos culturales, así como la ausencia de metodologías para la aplicación de acuerdos internacionales. También se ha criticado la vaguedad de las definiciones a la hora de buscar aplicaciones prácticas o métodos de actuación.

La cultura en que nacemos y en la que estamos educados, muchas veces sirve como base para nuestra autocomprensión aunque no siempre es este el caso. Se ha indicado que muchas veces nuestro “ser” cultural es esencial para nuestro bienestar y autoestima. Asbjorn Eide pone énfasis en que para las razones de identificación hay que asegurar los derechos a la cultura:

“por esto, los derechos culturales deberían dar preferencia al acceso a la cultura propia y al aprendizaje de ella así como también al derecho de participar en la reproducción y desarrollo de esa cultura. El individuo llega a tener importancia como productor/a de la cultura cuando él/ella ve que algunas tradiciones no son aceptables o son insuficientes (comparando con otras prácticas culturales en otros partes del mundo). Cuando algunas tradiciones no corresponden a las líneas de igualdad, libertad e integridad personal, el derecho de innovar y cambiar hábitos tiene que estar asegurado”⁶⁰.

⁵⁹ Profesor Abdullahi Ahmed An’Naim en el Foro de Derechos Religiosos y Culturales, 1995.

⁶⁰ Eide

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”*⁶¹. 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.

*“Intensificar los esfuerzos para asegurar el disfrute, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, a todas las mujeres y las niñas que se enfrentan con múltiples barreras para su empoderamiento y su avance por factores tales como la raza, la edad, el idioma, el origen étnico, la cultura, la religión o la discapacidad o porque son población indígena”*⁶²

El informe sobre el Desarrollo Humano del Programa de Naciones Unidas de Desarrollo (PNUD) del año 2004 habla de indicadores de libertad cultural en la diversidad. El informe enseña la riqueza de la diversidad del mundo de hoy, pero también presenta factores alarmantes de la situación de los grupos culturales en el mundo⁶³. El informe reclama la actuación y el diseño participativo de políticas públicas multiculturales para luchar contra la exclusión social.

El Informe del PNUD menciona la exclusión de la participación cuando los grupos culturales no tienen acceso o derecho a tomar parte en la sociedad, o no tienen sus necesidades expresivas representadas en la comunidad. Asbjorn Eide indica que el derecho de participar en la vida cultural puede ser útil contra muchas amenazas y que las actividades culturales pueden ser instrumentos poderosos de crítica, movilización y activismo social⁶⁴. Por otra parte, numerosas iniciativas adoptadas para explicar el marco de relaciones entre cultura y desarrollo han subrayado con cierto éxito la relación entre ambos términos, indicando que las iniciativas de desarrollo sólo pueden ser exitosas y sólo pueden medirse si se tiene en cuenta el contexto cultural de las mismas. Los valores de la población, las tradiciones, el patrimonio y el entorno cultural han cobrado importancia creciente en el diseño de iniciativas de desarrollo.

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 un actor del control intransigente sobre la vida de los miembros del entorno en cuestión.

Los derechos de las minorías siguen siendo un componente central de los derechos humanos. Rodolfo Stavenhagen lo expresa a través de la creciente atención de los derechos de los pueblos indígenas que ahora reclaman el respeto a sus derechos culturales: *“Antiguamente relegados al desprecio y la marginación, ignorados por los grupos dominantes y las sociedades nacionales, los grupos indígenas han resurgido en años recientes como nuevos actores sociales y políticos en numerosos países (sobre todo en la región americana) así como en el escenario internacional (la instalación del Foro Permanente sobre Asuntos Indígenas de la*

⁶¹ Laaksonen, 2006.

⁶² Artículo 32, Declaración de Beijing

⁶³ El informe usa la definición de 'minorías'. Esta definición está considerada confusa porque muchos estados están compuestos de grupos de los cuales ninguno tiene 'mayoría'. Asbjorn Eide ya indicado que "los derechos de las minorías son derechos individuales cuando los derechos de los pueblos originarios son derechos colectivos.", Eide, 2002.

⁶⁴ Idem.

ONU, con participación paritaria de representantes indígenas y delegados gubernamentales”⁶⁵. Los derechos centrales a los pueblos indígenas son según Stavenhagen, el derecho a la cultura propia, el derecho a la educación bilingüe, el derecho a los ‘usos y costumbres’ en materia de organización social y política y el derecho a la tierra y al territorio no solamente como recurso productivo, sino también como espacio de reproducción social y cultural.

“La implementación de los derechos de la ciudadanía no es solamente cuestión de legislar y luego aplicar las leyes, sino también de debatir y negociar su interpretación. El diálogo, a su vez, no se trata solamente de sentarse y llegar a un acuerdo final. Las organizaciones indígenas suelen utilizar el diálogo para crear un espacio público para sí mismas y para encarar temas importantes de su comunidad, no para buscar una definición inmediata”⁶⁶”

La aplicación de los derechos humanos tiende tener una dimensión cultural. El derecho al agua, al trabajo, a una vivienda adecuada y a la salud tienen una implicación directa en la o desde la vida cultural de la comunidad. También el entendimiento de las personas sobre los derechos humanos varía según su condición cultural (y social, económica y política). En contexto de las minorías o los pueblos indígenas todos los derechos tienen la tendencia de ser culturalizados, es decir, los derechos son fundamentalmente relacionados con la salvaguarda de la cultura y la memoria de la comunidad. Por ejemplo, los derechos a la tierra son fundamentales en las comunidades indígenas en cuales la relación con la tierra o el entendimiento cultural del uso de la tierra pueden variar del contexto económico que rodea la comunidad. Pese a las diferencias entre diferentes comunidades autóctonas en el mundo, comparten algunos aspectos uno de los cuales es la relación especial con la tierra y el medio ambiente tanto a nivel físico como espiritual, que muchas veces forma parte de su cultura.

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 periodo 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. El respeto y la conservación de la memoria y 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 derechos 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”⁶⁷*. 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

⁶⁵ Stavenhagen, 2002.

⁶⁶ MacDonald, 2006.

⁶⁷ Recomendaciones de Lund, 1999.

sobre las definiciones y los mecanismos para ubicar, diseñar, implementar y monitorear los proyectos de desarrollo que afecten a los pueblos indígenas⁶⁸. El Artículo 25 del Convenio establece la obligación de los estados a organizar los servicios de salud a nivel comunitario marcando como 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 éstos, el Artículo 23 reconoce el derecho de los pueblos indígenas a desarrollar su propia definición sobre el desarrollo. El Artículo 24 reconoce el derecho a utilizar medicinas naturales, acceder a los servicios de salud del Estado sin discriminación y mantener sus propias prácticas de salud.

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.

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 de 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*

⁶⁸ MacDonald, 2006.

lograr progresivamente la plena realización de este derecho.

Los movimientos indígenas son hoy en día una fuerza significativa en la lucha por los derechos relativos a la cultura: *“Desde la década de los 70 las organizaciones indígenas, tanto en el ámbito nacional como regional e internacional, trabajan por el reconocimiento de sus demandas alentando reivindicaciones que tienen como primer objetivo la recuperación de sus territorios tradicionales. Para ello, en el marco del reconocimiento colectivo de sus derechos, se ven fortalecidos por su alianza con otros sectores sociales como el movimiento ecologista y las organizaciones de la sociedad civil, que comienzan a actuar con fuerte peso en arenas internacionales”*⁶⁹. Uno de los ejes principales de las reivindicaciones indígenas gira en torno al territorio, espacio de tensión que alude al reto de la gestión de los recursos nacionales. El otro es el relativo a los derechos de los pueblos a disponer de recursos materiales para la reproducción de sus culturas⁷⁰.

En la Declaración del Encuentro Sudamericano de Mujeres Indígenas convocado por la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) y la Confederación de la Nacionalidad Kichwa del Ecuador (ECUARUNARI); a través de sus Escuelas de Formación Indígena Nacional (EFIN), la Escuela de Formación política “Dolores Cacuango” y las Áreas de la Mujer, y celebrado en Colombia del 23 al 27 de septiembre del 2007 dio como resultado una declaración que incluye exigencias en materias de participación, defensa de la cultura y rechazo hacia la violencia contra las mujeres.⁷¹

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”*⁷² 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.

2.2.2. Derechos culturales - qué son y de dónde vienen?

“Por consiguiente, el concepto de derechos se relaciona no sólo con la capacidad para guiar la propia vida, sino también con participar de forma significativa en la propia comunidad y en la sociedad. Por ejemplo, sin educación la gente puede hablar y votar, pero el papel del ciudadano requiere una capacidad de evaluar información y opciones y la educación es indispensable para eso.”

Alicia Ely Yamin

Tradicionalmente, en la definición teórica, entre los derechos culturales se han subrayado las dimensiones relacionadas con las minorías lingüísticas y étnicas. Luego se ha percibido un cambio, sin dejar al lado los derechos de las minorías, en la medida que se ha 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; derecho a la información; derecho a la expresión cultural, entre otros. Con todo esto, los derechos culturales en una comunidad y

⁶⁹ Ana María Spadafora de Conicet en “Cultura y sustentabilidad en Iberoamérica”

⁷⁰ Lucina Gímenez en “Cultura y sustentabilidad en Iberoamérica”

⁷¹ “5. Exigimos la apertura de espacios para la participación real de las mujeres en igualdad de condiciones, y acabar con la práctica de silenciamiento e invisibilidad a la que somos expuestas”, “9. rechazamos los modelos educativos monoculturales impuestos por la globalización y reivindicamos la educación intercultural bilingüe para la defensa de nuestra cosmovisión y el desarrollo de nuestros pueblos acorde a nuestros saberes y prácticas culturales”, “10. Denunciamos que las relaciones que permiten la violencia contra las mujeres indígenas pertenecen a una cultura ajena a nuestra cosmovisión. Nos comprometemos a luchar por el respeto mutuo y la armonía entre mujeres y hombres”. Declaración del Encuentro Sudamericano de Mujeres Indígenas “Por los Derechos de la Mujer y de los Pueblos Indígenas”, 23-27 de septiembre de 2007.

⁷² Rivera Zea.

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 tienen su raíz en la conceptualización de los derechos humanos 'específicos', a veces llamados derechos de segunda o tercera generación, aunque los expertos jurídicos no han aplaudido la definición de 'generación de derechos'. Cuando en el año 1966 se elaboró el Pacto Universal de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los derechos culturales fueron "empujados" a formar parte del conjunto, sin mayor elaboración posterior de su contenido, y no se volvió a discutir sobre el tema hasta el principio de los años noventa⁷³. Los derechos culturales volvieron al lenguaje internacional sobre todo el ámbito de políticas culturales a principios de los noventa como continuación de la corriente relativa a la democracia cultural, cultura y desarrollo y posteriormente la diversidad cultural. La democracia cultural parte de la idea que todos tenemos que estar equipados con cierta libertad para expresarnos. A parte de las políticas culturales el progreso del lenguaje normativo ha sido parcial: los derechos de autor, el derecho a la educación y los derechos relativos a la comercialización de los productos culturales han recibido más atención, por sus implicaciones económicas, que los derechos relativos al disfrute de la vida cultural (con excepción de los derechos de las minorías).

Los derechos culturales están consagrados en algunos instrumentos internacionales y regionales, algunos de ellos ponen 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.

En principio, todos los derechos humanos y libertades fundamentales son universales, aplicables a todos y además casi todos ellos tienen una dimensión cultural. Hoy en día los derechos jurídicamente reconocidos como derechos culturales se sitúan sobre todo en el ámbito de la participación en la vida cultural, los derechos de autor y el derecho de disfrutar de los progresos científicos y artísticos (Artículo 15 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Algunos derechos son más implícitos y tienen consecuencias civiles, políticas, sociales y económicas importantes como por ejemplo el derecho a proteger, preservar y conservar el patrimonio tangible e intangible cultural y los derechos de las minorías; la libertad de opinión, de religión, de expresión, el derecho a la educación y a la igualdad y la lengua, entre otros.

Parte del Pacto Universal, el documento 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 como 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.

⁷³ "La cultura tenía por aquel entonces un sentido limitado: era un productor que incluía sus materiales culturales, como el arte y la literatura y que se refería básicamente a la cultural nacional. No había ninguna referencia al proceso cultural o a las comunidades implicadas en cultura. Los aspectos de un concepto más amplio de cultura, tales como el lenguaje, la religión y la educación, eran abordados en distintos artículos sobre los instrumentos para los derechos humanos.", Donders 2004.

Además de los artículos ya mencionados, existen también otros instrumentos de importancia⁷⁴. La Comisión Mundial de Cultura y Desarrollo manifestó en 1995 en su informe, *Nuestra Diversidad Creativa*, que la cultura forma la base del desarrollo y que toda la gestión y planificación de políticas públicas sobre el desarrollo tiene que tomar en cuenta la dimensión cultural. Además, la Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural de UNESCO confirma la diversidad cultural como patrimonio mutuo de la humanidad cuya protección es importante. Según estos pactos los estados están entonces obligados a respetar, promover, proteger y implementar estos derechos⁷⁵. 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.

La falta de atención que han tenido los derechos culturales también se ha explicado por la extensión de la actividad que tienen que realizar los gobiernos. *“Los derechos culturales son derechos positivos que requieren ser promocionados por las políticas o por sus programas. Los derechos civiles y políticos, en cambio, son derechos negativos que requieren generalmente gobiernos capaces de evitar las actividades que los violan”*⁷⁶. De la misma forma, los derechos civiles y políticos se han considerado “incondicionalmente necesarios”⁷⁷ mientras que los derechos culturales han sido “arrestados”.

De todas formas, la mayor parte del trabajo desarrollado en relación con los derechos culturales a escala jurídica ha sido llevada a cabo en el campo de los derechos de los indígenas y las minorías. Stephen Marks constata que *“la atención cultural, lingüística y educativa en los derechos de las minorías (o de las personas que pertenecen a tales minorías) es casi completamente cultural”*⁷⁸. El artículo 27 de la Convención Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos reconoce que las personas que pertenecen a minorías étnicas, lingüísticas o religiosas tienen derecho a *“disfrutar de su propia cultura, profesar y practicar su propia religión y usar su propia lengua”*⁷⁹. O como dice Laaksonen: *“Estos mismos derechos están reconocidos en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas que pertenecen a minorías nacionales, étnicas, lingüísticas o religiosas (1992). El borrador de la Declaración de la Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, aprobada por el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en el 2006, reconoce también con rotundidad la herencia cultural y la importancia de la autodeterminación. Menciona varios derechos en relación con el “derecho de practicar y revitalizar las tradiciones costumbres culturales (Artículo 12). También existen varios documentos y planes de acción que reclaman la erradicación de prácticas culturales perjudiciales”*⁸⁰.

Entre otros documentos que prestan atención a los derechos culturales cabe destacar la Declaración sobre las Razas y los Prejuicios Raciales (Artículo 1), la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1981) – reconoce la desigualdad en términos de educación y formación profesional (Artículo 10), la igualdad ante la ley (Artículo 15) y en la sección II:C la participación de mujeres en la vida cultural. También hay otros documentos internacionales y regionales relativos a la libertad de pensamiento, conciencia, religión, opinión, expresión e información, asamblea y asociación, así como el derecho a la educación.

Los derechos culturales ilustran la necesidad de encontrar mecanismos para definir y conservar responsabilidades sociales, formas de asegurar la participación, acceso a la cultura, el derecho

⁷⁴ 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.

⁷⁵ Laaksonen, 2006.

⁷⁶ Sengupta, 2002.

⁷⁷ Heuer & Schirmer, 1998.

⁷⁸ Marks, 2003.

⁷⁹ Artículo 27 del ICCPR.

⁸⁰ Laaksonen, 2004.

a expresar, interpretar y producir cultura y 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 de 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 especial⁸¹.

La lista de Elsa Stamatopoulou⁸² de los elementos normativos de los derechos culturales puede resultar útil en cuanto a categorizar los principios transversales no contradictorios al relativismo cultural. Su lista incluye elementos como:

- No-discriminación e igualdad
- Libertad de interferencia en el disfrute de la vida cultural y libertad de contribuir en la cultura
- Libertad de elegir en qué cultura(s) y vida cultural participar
- Libertad de diseminación
- Libertad de cooperación internacional
- Derecho de participar en la definición, preparación e implementación de cultura

Los derechos humanos en general tienen el individuo como sujeto de los derechos. 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. Los instrumentos internacionales protegen los individuos en algunos casos, por ejemplo a través de la prohibición de prácticas culturales que son contradictorias a los derechos humanos internacionales, o a la autonomía de los individuos de elegir libremente si quieren participar o no en prácticas de grupos culturales. Sin embargo, algunos grupos culturales o vulnerables necesitan una protección especial, que destaca la dimensión colectiva de los derechos. En palabras de Yvonne Donders: *“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”*⁸³. Rodolfo Stavenhagen expresa lo mismo con otras palabras: *“Puede decirse que los derechos culturales siendo poseídos por las personas, están depositados en los pueblos”*⁸⁴.

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 civil⁸⁵. La realidad multidimensional del día a día de las comunidades, grupos culturales e individuos concentra 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.”

⁸¹ Laaksonen, 2004. Pueden encontrarse más violaciones del artículo 15 del Pacto Internacional de

⁸² Stamatopoulou, 2004

⁸³ Donders, 2004.

⁸⁴ Stavenhagen, 2002.

⁸⁵ Arizpe

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 y 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 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.

Los derechos reproductivos de la mujer bajo el derecho internacional de los derechos humanos resultan de una combinación de un número de derechos humanos separados⁸⁶:

- 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

En los países en vías de desarrollo aproximadamente 60 millones de madres dan a luz en casa sin ayuda profesional y aproximadamente 4 millones de niños se mueren durante el primer mes de vida. El riesgo es mayor en los niños que nacen en un entorno rural y las razones de muerte podrían haber sido evitadas con un tratamiento adecuado - básicamente enfermedades, malas condiciones de higiene y falta de ayuda profesional durante el parto. Mejorar la mortalidad infantil no depende siempre del nivel económico. En los años 90 el trabajo realizado en Botswana, Indonesia y Sri Lanka ha resultado en la bajada de un 50% de la mortalidad infantil a pesar de que el producto nacional bruto sigue bajo. Las maneras de mejorar la mortalidad infantil y materna no son complicadas aunque si requieren compromisos políticos y económicos. Un embarazo más seguro, el parto, post-parto y la maternidad requieren educación, sensibilización, mejora de las condiciones de higiene, mejora de la alimentación de las madres y planificación familiar y vacunaciones, entre otras cosas⁸⁷.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (1966) contiene en sus artículos aproximaciones importantes a la salud sexual y reproductiva:

- Artículo 12 – derecho a la salud
- Artículo 15 (1 y 3) – derecho a participar en la vida cultural y el derecho al progreso

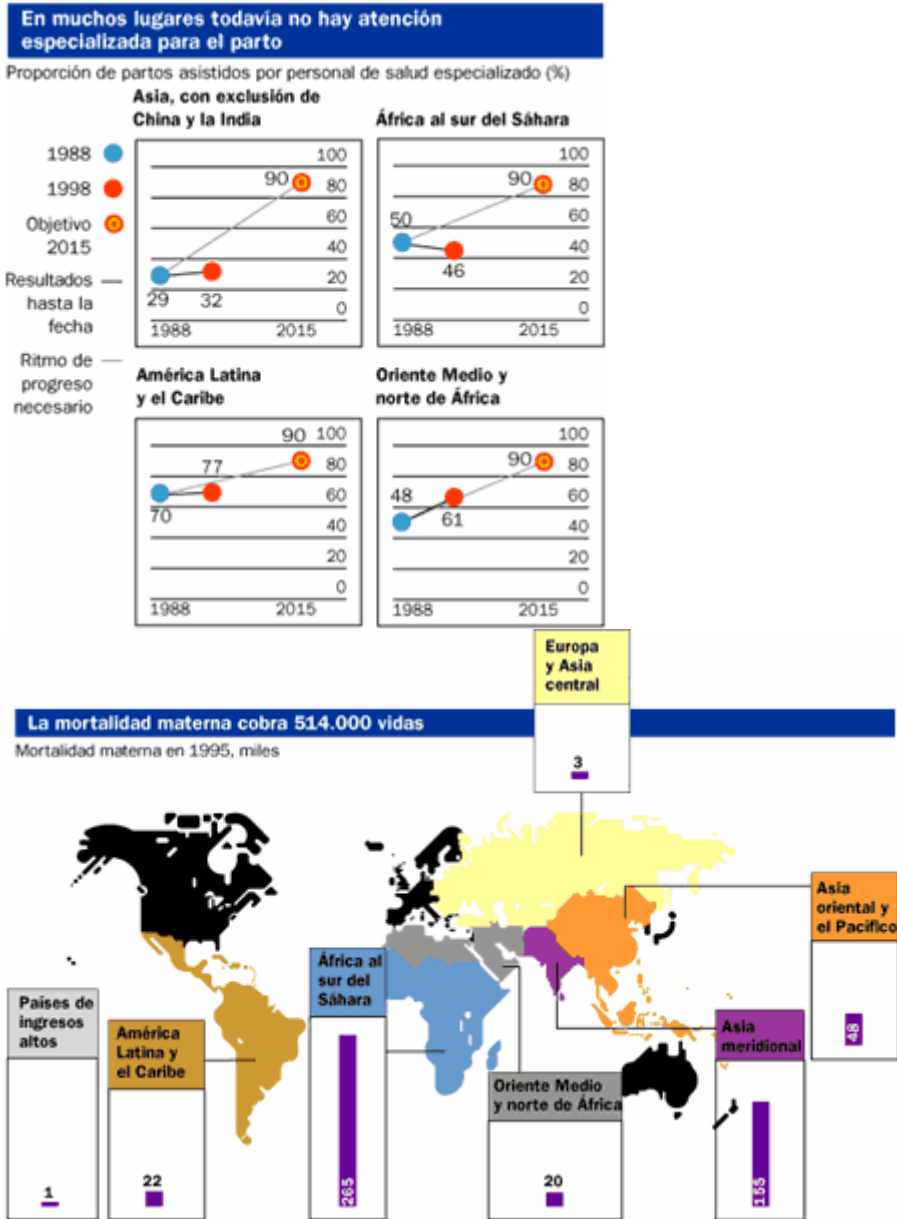
⁸⁶ fuente: Center for Reproductive Rights http://www.reproductiverights.org/esp_wv_issues.html

Otros instrumentos: Pacto, artículos 10(2) y 12; Convención de la Mujer, Artículos 10(h), 11(2)(a) y 12; Plataforma de Beijing, párrafos 89, 94 y 96; Convención Americana, Artículo 4(5); Protocolo de San Salvador, Artículo 10; Convención para la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Convención de Belem do Pará), adoptada el 9 de junio de 1994, en el vigésimo cuarto periodo ordinario de sesiones de la Asamblea General, entró en vigor el 5 de marzo de 1995, Artículo 4(b).41 Pacto, artículos 6 y 13; Convención de la Mujer, Artículos 10 y 14(2)(d); Convención Americana

⁸⁷ State of the World's mothers 2006: Saving the Lives of Mothers and Newborns. Save the Children. http://www.savethechildren.org/publications/mothers/2006/SOWM_2006_final.pdf

- científico
- Artículo 13 y 14 – derecho a la educación
- Artículo 10 – derecho a casarse y la protección de la familia
- Artículo 2 (2) – derecho a la no discriminación en base de género, edad, discapacidad, etc.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en septiembre de 2002: “Las causas principales de muerte de la mujer en edad fértil siguen siendo las complicaciones del embarazo y el parto”.⁸⁸



(Fuente: <http://www.paris21.org/betterworld/spanish/maternal.htm>)

⁸⁸ ISIS, 2002.

En septiembre del 1994 la Conferencia de Cairo sobre la población y desarrollo puso hincapié en la influencia de la población en el medio ambiente y el desarrollo económico. El objetivo de la conferencia fue mejorar el bienestar de las generaciones presentes y futuras. El desarrollo sostenible fue considerado como el mejor instrumento en ese proceso. A parte de importantes cuestiones sobre el desarrollo, la conferencia introdujo también los conceptos de los derechos reproductivos y la salud reproductiva. El concepto de la salud reproductiva fue escrita en el Plan de Acción de Cairo con el objetivo de tratar a la mujer como el punto clave de la salud reproductiva y a través de esta idea fortalecer los objetivos de los programas ya existentes de planificación familiar y ayudar a las mujeres a alcanzar salud, derechos fundamentales y dignidad humana.

OMS Manual de capacitación: Género y derechos en salud productiva (2001):

Con anterioridad a la década de 1990, hubo varias conferencias de las Naciones Unidas sobre población pero no estuvieron centradas en los derechos.

También hubo varias conferencias de Naciones Unidas sobre la mujer, pero no concentraron la atención en los derechos humanos o en cuestiones referidas a la reproducción y la sexualidad.

En la primera Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, que se llevó a cabo en Teherán en los años sesenta, se mencionó el derecho a determinar el número y el espaciamiento de los hijos.

En 1993, la segunda Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, realizada en Viena, preparó el campo para lo que luego ocurrió en El Cairo y más tarde en Beijing. Allí se afirmó que los derechos de las mujeres son derechos humanos; que la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo debería ser una prioridad para los gobiernos; y finalmente, que las mujeres tienen derecho a gozar del más alto nivel de salud física y mental a lo largo de su ciclo vital, y que esto incluye el derecho a la atención de la salud adecuada y accesible y a una amplia variedad de servicios de planificación familiar.

La primera vez que se estableció internacionalmente un marco comprehensivo para los derechos reproductivos a nivel gubernamental fue en El Cairo en 1994. En esta conferencia se enfatizó el vínculo entre población y desarrollo y la satisfacción de las necesidades de las personas. Esto significó un desplazamiento de la atención en las metas demográficas abstractas y se afianzó en los derechos reproductivos.

(El Manual presenta una introducción al desarrollo de los derechos reproductivos, pp. 170-172)

La salud reproductiva no se refiere únicamente a la ausencia de enfermedades, sino al pleno bienestar físico, espiritual y social relativo a la reproducción. La salud sexual en cambio, se refiere al derecho de la persona de disfrutar de su propia sexualidad sin causar daño espiritual o físico a su propia persona o a otras personas. Son aspectos que tienen un impacto positivo en el desarrollo social y económico.

“Cada minuto una mujer encuentra su muerte durante el embarazo o el parto, siete recién nacidos se mueren antes de cumplir el primer mes de vida y veinte niños se mueren antes de cumplir los cinco años”⁸⁹

La salud reproductiva incluye elementos como la planificación familiar, el seguimiento del embarazo, el parto seguro, el proceso de post-parto y la lactancia. Cada año más de 600.000 mujeres mueren por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto y el 99% de estas mujeres viven en países en vías de desarrollo. Otros aspectos de la salud reproductiva incluyen acceso a la información sobre enfermedades de transmisión sexual y la reproducción asistida.

Según los datos del 1999 del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)⁹⁰:

⁸⁹ http://www.savethechildren.org/publications/mothers/2006/SOWM_2006_final.pdf

⁹⁰ ISIS, 2002.

- Al menos 50 mil niños y niñas quedan huérfanos cada año en América Latina y el Caribe por muertes relacionadas con el embarazo y el parto
- 3.240.000 de mujeres de la región no tienen control del embarazo
- 3.440.000 no reciben atención del parto en una institución de salud
- 2.980.000 no tienen acceso a atención del parto por personal calificado
- 25.000 mujeres mueren anualmente en la región por causas relacionadas con el embarazo y/o el parto

"Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos, y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En el ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia"⁹¹.

El estudio de Save de Children que analiza la situación de mortalidad infantil y materna en 78 países demuestra que mejorar estos problemas no es una cuestión de recursos económicos, sino más bien de poder y voluntad política. Por ejemplo, Colombia, Nicaragua, México y Vietnam tienen mejores resultados que otros países en vías de desarrollo. Estos países han invertido en la ayuda sanitaria a madres y recién nacidos, mejora de la salud materna, educación de las niñas y estrategias nacionales para promover costumbres saludables, monitorear progreso y desarrollar planes nacionales⁹². El informe también reconoce que las tres intervenciones con más efecto para madres futuras son educación, nutrición y acceso a contraceptivos modernos⁹³. Asimismo, el informe reconoce que en los países donde las mujeres tienen acceso a planificación familiar, el riesgo de mortalidad materna e infantil se reduce.

El informe reconoce que el acceso a la educación (derecho a la educación) es un componente importante en la reducción de la mortalidad materna. Según el informe las mujeres menos educadas tienen la tendencia de recibir menos asistencia médica adecuada durante el embarazo y el parto que mujeres educadas. Asimismo, el informe reconoce que una de las maneras de mejorar la salud materna es buscar **soluciones que son culturalmente adecuadas** - aproximaciones y mensajes sensitivos que respetan las tradiciones y las normas mientras incorporan estándares altos de salud.

"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

⁹¹ Plan de Acción de Beijing, 1995.

⁹² http://www.savethechildren.org/publications/mothers/2006/SOWM_2006_final.pdf

⁹³ Idem. "Las niñas educadas tienen tendencia a casarse más tarde y tener hijos cuando sus cuerpos están más desarrollados. Del mismo modo, las niñas bien nutridas crecen de manera saludable y cuando son madres pasan estas ventajas a sus hijos. La planificación familiar salva la vida de madres e hijos facilitando que las mujeres puedan evitar el quedarse embarazadas cuando son demasiado jóvenes o demasiado mayores, así como a tener intervalos saludables entre los partos".

Derecho al aborto es uno de los puntos conflictivos en la relación entre los derechos humanos y la salud reproductiva. Se estima que en América Latina se producen entre 4500 y 11000 muertes al año por abortos practicados en malas condiciones. Al mismo tiempo se estima que se llevan a cabo unos 2,8 millones abortos cada año⁹⁴. La violencia contra las mujeres es una de las dimensiones oscuras del aborto. Por ejemplo, según Human Rights Watch 2006 estimadamente más de 120.000 mujeres son violadas cada año en un país como México y la humillación hace que más del 90% de las mujeres no denuncien la violación que han sufrido⁹⁵. Las altas tasas de mortalidad materna y los riesgos para la salud de los abortos practicados en condiciones no adecuadas presentan violaciones de los derechos a una vida digna, a la salud, a la integridad física y a la no discriminación.

Según la Organización Mundial de la Salud cada año aproximadamente cuatro millones de mujeres en América Latina están obligadas a tener un aborto ilegal que representa una de las mayores causas de mortalidad materna en diferentes países de América Latina.⁹⁶ En general, la población más afectada son mujeres pobres. El difícil acceso a métodos anticonceptivos e información sobre salud reproductiva y la violencia sexual son las razones principales del elevado número de abortos en la región. Citando la hoja informativa del Centro de Derechos Reproductivos: *"Numerosos tratados e instrumentos confirman el derecho de la mujer a un aborto legal y seguro. Las estipulaciones más relevantes al respecto en estos documentos son las relativas a la protección y garantías del derecho a la vida, a la salud, a estar libre de discriminación y a la autonomía reproductiva"*⁹⁷.

Según varios estudios, por ejemplo penalizar el aborto *"no reduce las tasas de aborto y sólo pone en peligro las vidas de las mujeres. En la mayor parte de América Latina los abortos son un crimen, pero la tasa de éstos es mucho más elevada que en Europa Occidental o Estados Unidos"*⁹⁸. De todas formas, en América Latina está empezando a ver el aborto como un asunto de mortalidad materna, no sólo de moralidad materna. En lugares donde se han realizado sondeos, éstos muestran que la gente latinoamericana apoya el derecho al aborto en algunas circunstancias⁹⁹. Además, *"las conferencias de Naciones Unidas sobre las mujeres también han obligado a los gobiernos a dar seguimiento y publicar sus avances en la expansión de los derechos de las mujeres. Esto ha alentado a los grupos de mujeres y conducido a la creación de oficinas gubernamentales sobre asuntos de las mujeres que ha ayudado a impulsar el derecho al aborto"*¹⁰⁰.

Aproximadamente 68.000 mujeres de países de escasos recursos mueren cada año debido a complicaciones de un aborto practicado en condiciones de riesgo. Más del 40% de estas muertes ocurrió en África. El aborto en condiciones de riesgo es la causa del 13% del total de muertes maternas a nivel mundial. Se estima que cada año se practican 19 millones de abortos en condiciones de riesgo a nivel mundial, de los cuales el 95% se realizan en países de bajos recursos económicos¹⁰¹.

⁹⁴ ISIS, 2002.

⁹⁵ En México existe el derecho al aborto en caso de violación. Sin embargo, la mayoría de las mujeres no denuncia su violación, sino tienen abortos ilegales o embarazos no deseados. Los abortos ilegales representan un riesgo muy grande para la salud de estas mujeres. Human Rights Watch 2006.

⁹⁶ Anualmente aproximadamente 70.000 mujeres mueren cada año en el mundo como causa de abortos ilegales en condiciones de riesgo y aproximadamente 20 millones de mujeres se someten a abortos en condiciones de riesgo. Fuente: hoja informativa del Centro de Derechos Reproductivos.

⁹⁷ Hoja informativa – "El aborto legal y seguro es un derecho humano de las mujeres", Center for Reproductive Rights,

⁹⁸ "En Rumania, durante la vigencia de una legislación restrictiva en materia de aborto, la tasa de muertes relacionadas con el aborto llegó a 142 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 1989. Ese mismo año, el gobierno legalizó el aborto y para fines del año 1990, las muertes a causa del aborto disminuyeron a menos de 50 por cada 100.000 nacidos vivos. Cuando el aborto se legalizó en Guyana en 1995, el ingreso de pacientes al hospital de la ciudad capital debido a aborto séptico e incompleto disminuyó en un 41% dentro de los seis meses siguientes a la promulgación de la ley". Los Países Bajos, donde la legislación sobre aborto es permisiva, el amplio acceso a anticonceptivos y los servicios de aborto gratuitos, tienen una de las tasas de aborto anuales más bajas del mundo. Fuente: Hoja informativa, Center for Reproductive Rights, 2007.

⁹⁹ "Derechos al aborto en América Latina." Editorial New York Times, 6 de enero del 2006. www.nytimes.com/2006/01/06/opinion/06fri3.html

¹⁰⁰ Idem. El editorial también reconoce la "ley mordaza" del gobierno estadounidense que "prohíbe que un grupo que trabaja en planificación familiar y obtiene fondos estadounidenses se pronuncie respecto al aborto, aunque critique los abortos ilegales inseguros".

¹⁰¹ Fuente: Hoja Informativa del Center for Reproductive Rights.

El tema de la salud sexual y reproductiva y los derechos humanos sigue siendo un tema estudiado e investigado aunque a la vez es un tema que se sigue faltando en las agendas políticas y listas de prioridad de inversiones económicas. La tasa de mortalidad materna es aún demasiado alta considerando los avances tecnológicos y de información del tiempo que vivimos. 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 materna¹⁰². 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 2015¹⁰³ 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 salud¹⁰⁴. Los estudios han demostrado que el acceso a servicios de salud y factores socioeconómicos juegan un papel importante. Sin embargo, las condiciones políticas de salud y los factores culturales aún están en mayor medida por explorar¹⁰⁵.

Una de las razones de la restricción de los derechos humanos a la salud es la dificultad de acceso a los servicios de salud. En América Latina y el Caribe el disfrute de estos derechos está limitado por raza, género, idioma y costumbres – Adolfo Figueroa lo llama posesiones culturales. Estas posesiones tienen como resultado la producción de diferentes posiciones sociales entre diferentes personas y grupos que a su vez, pueden llevar a discriminación. Por esta razón, la restricción al acceso a los servicios de salud puede ser cultural – causada por el propio grupo cultural o por la exclusión ejercida por la sociedad.¹⁰⁶

¹⁰² En Gil-González et al, 2006.

¹⁰³ 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.

¹⁰⁴ Gil-González et al, 2006.

¹⁰⁵ Idem.

¹⁰⁶ Figueroa, 2000 en Currea-Lugo (2006): Para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, "el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte":

- a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas.
- b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: *i*) no discriminación; *ii*) accesibilidad física; *iii*) accesibilidad económica (asequibilidad), *iv*) acceso a la información.
- c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.
- d) Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

“Los temas relacionados con la mortalidad materna han generado abundante información empírica y teórica. Sin embargo, pese a los muchos trabajos publicados sobre el tema, las tasas de mortalidad materna siguen siendo altas y las soluciones a este problema siguen también sin estar claras. Las investigaciones científicas sobre la mortalidad materna se centran principalmente en los factores clínicos. Sin embargo, puede que este enfoque no sea el más conveniente para lograr comprender el problema de la mortalidad materna en su globalidad y apreciar la importancia de los factores macroestructurales de índole económica, política y social. En este artículo analizamos el número de estudios científicos publicados entre 2000 y 2004 sobre las causas principales de mortalidad materna según la OMS, comparando la proporción de artículos sobre cada causa con la carga correspondiente a la misma. En segundo lugar, examinamos sistemáticamente las características y la calidad de los artículos sobre los determinantes macroestructurales de la mortalidad materna. A la vista de la carga que representan, el parto obstruido, el aborto peligroso y la hemorragia están subrepresentados proporcionalmente en la bibliografía científica. En nuestra revisión, la mayoría de los estudios analizados eran transversales, y habían sido realizados por países desarrollados sin la participación de investigadores de los países en desarrollo donde se estudió la mortalidad materna. Los principales factores macroestructurales mencionados eran variables socioeconómicas. En términos generales, se observa **una escasez de publicaciones sobre los determinantes culturales y políticos de la mortalidad materna**. Consideramos que los estudios sobre ésta deben adoptar un enfoque científico de calidad que permita obtener datos robustos y comparables, y que el diseño de esos estudios debe mejorarse para poner de manifiesto las relaciones de causalidad entre los determinantes macroestructurales y la mortalidad materna.

Diana Gil-González et al.¹⁰⁷

El documento *Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe*, publicado en el 2004 como resultado del trabajo de un grupo interagencial, presenta algunas recomendaciones desde atención calificada al acceso a cuidados obstétricos esenciales y acceso a la información. Las recomendaciones no incluyen principios generales exclusivamente relativos a la cultura, pero define como áreas de acción prioritarias la promoción de la participación comunitaria y las alianzas entre diversos sectores¹⁰⁸. La última recomendación representa una aproximación vinculada a la temática de los derechos culturales en la SSR.

En abril de 2008, el Consejo de Derechos Humanos realizó la primera revisión periódica universal de los derechos humanos en relación al cumplimiento de las obligaciones y compromisos relativos a los derechos humanos de los distintos países. La primera revisión incluyó 16 países. En relación a esto, Alejandra Sandra, del Espacio Latinoamericano de Sexualidades y Derechos, preparó un análisis sobre el trato de los derechos sexuales y reproductivos en esta revisión, así como también en todos los países miembros del Consejo de Derechos Humanos. Su análisis incluye 15 países (Argelia, Argentina, Bahrein, Brasil, la República Checa, Ecuador, Finlandia, India, Indonesia, Marruecos, Filipinas, Polonia, África del Sur, Países Bajos y el Reino Unido). La mayoría de los estados estudiados habían incluido algunas menciones sobre los derechos sexuales y reproductivos tales como el tráfico de blancas (6 menciones), los matrimonios forzados (1 mención), VIH/SIDA (1 mención), la prostitución (1 mención) y la planificación familiar (1 mención). Las recomendaciones relativas a los derechos sexuales y reproductivos incluían aspectos relacionados con el aborto y la selección de embriones en base de género (4 menciones), pornografía (3 menciones), anti-aborto (2 menciones) y crímenes de honor. Los resultados demuestran que entre las recomendaciones dirigidas a los países en materia de los derechos de la mujer, no se incluían recomendaciones sobre las mujeres indígenas o recomendaciones (en general) relativas al aborto, selección de embriones en base de género, planificación familiar, derechos reproductivos, crímenes de honor o contracepción. La mayoría de los estados (con excepción de Argentina, Brasil, Ecuador y Finlandia) decidieron no contestar a las recomendaciones o no aceptarlas hasta la siguiente sesión del Consejo de Derechos Humanos en junio del 2008. Las recomendaciones sobre el matrimonio forzado o ratificación del estatuto de Roma del Corte Internacional sobre la violencia de género, no fueron aceptadas por los estados que las habían

¹⁰⁷ Gil-González et al., 2006.

¹⁰⁸ En el “Manual para la Humanización y Adecuación Cultural de la Atención al Parto”, 2006.

recibido respectivamente. Más de la mitad de los estados miembros del Consejo (27 de 48) no hicieron ningún comentario sobre los derechos sexuales y reproductivos. El informe también demuestra que muchas de las preguntas hechas por las organizaciones de la sociedad civil sobre temas relativos a los derechos sexuales y reproductivos no fueron contestadas por los estados.

2.4. Derechos culturales, salud y mujeres

En una entrevista a principios del nuevo milenio, el filósofo francés Alain Touraine reconoció que estamos viviendo tiempos en que el asunto de los derechos culturales es central. Después de conseguir y luchar por derechos económicos sociales y económicos, los movimientos sociales empiezan a darse cuenta de la importancia de los derechos culturales. Además, dice él, lo importante en la lucha por los derechos culturales es reconocer los derechos culturales de las mujeres. El filósofo lo sintetiza de la siguiente forma: *“veo a dos grande movimientos: uno, que me parece el principal de la segunda mitad de este siglo, es el de las mujeres. Tan importante como el movimiento sindical un siglo atrás porque se trata de reconocer un principio totalmente nuevo: la igualdad de hombres y mujeres, pero combinada con la diferencia. Antes se trataba de ir más allá de los particularismos para defender derechos universalistas....En el momento actual se trata de reconocer la igualdad entre dos categorías básicas: hombre o mujer. Porque no hay ser humano que no sea masculino o femenino. Desde el momento en que hay diferencia e igualdad tenemos que tener movimientos de mujeres y de hombres. Por debajo de este nivel se encuentran todos los movimientos sociales de defensa de minorías: nacionales, regionales, étnicas, lingüísticas, sexuales”*¹⁰⁹.

“es importante para las mujeres conocer sus derechos humanos; es importante tener leyes adecuadas; es importante tener mujeres activistas; pero eso no es suficiente. Solo puede ser suficiente si también los hombres tienen el mismo entendimiento sobre los derechos humanos de las mujeres y cómo cambian su comportamiento y actitudes para estar en línea con el espíritu y palabra de los derechos de las mujeres. Podemos decir que las mujeres han triunfado cuando los hombres no justifican las violaciones de los derechos humanos de las mujeres en base de la cultura y dan apoyo a las mujeres para terminar las violaciones de esos derechos”
Thoraya Ahmed Obaid¹¹⁰

El informe sobre desarrollo humano del Banco Mundial del 2006 subraya que para incrementar la igualdad y reducir la pobreza hay que implementar políticas que corrijan las desigualdades persistentes en los ámbitos económicos y políticos ya que el establecimiento de tales políticas mejoraría la eficiencia económica y corregiría los fallos del mercado. El informe propone como línea para estas políticas invertir en las personas a través de la expansión del acceso a servicios de salud de calidad y a la educación, y de ofrecer redes de seguridad para grupos vulnerables (i.e. mujeres)¹¹¹. Los derechos culturales en la salud reproductiva y sexual tienen como objetivo el hecho de invertir en las personas asegurando el respeto hacia la existencia cultural / bienestar de las personas así como el acceso a servicios de salud culturalmente adecuados.

Los derechos culturales abarcan un universo relativo a la existencia cultural, es decir, nuestras percepciones, sensaciones y experiencias culturales que en teoría no están jurídicamente tan protegida como otros derechos humanos.

Uno de los retos del trabajo sobre los derechos culturales es construir marcos en que todos y todas pueden sentirse representados. En palabras de la Guía “Banyan Tree Parados”: *“Ellos/ellas que tienen poco poder en la sociedad, tienen poco que decir en la formulación y representación de la cultura. Cuando las mujeres tienen menos poder en la sociedad, sus voces se escuchan menos en temas de cultura, y sus intereses se definen en términos que importan o son cómodos para los que están en el poder, más que a las mujeres mismas. La*

¹⁰⁹ Touraine, 2000.

¹¹⁰ Conferencia inaugural de la Conferencia “Beyond Cairo: Reproductive Rights and Culture”

¹¹¹ Más sobre los informes del Banco Mundial

<http://econ.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTRESEARCH/EXTWDRS/0..contentMDK:20227703~pagePK:478093~piPK:477627~theSitePK:477624,00.html>

abogacía efectiva sobre temas de cultura y los derechos necesita que busquemos experiencias de mujeres y sus perspectivas relativas a la cultura y los derechos en cuestión. Cuando las voces de las mujeres están silenciadas, los temas se desentienden y se desarrollan estrategias”¹¹².

“Mientras los demás derechos humanos son esenciales a la supervivencia humana, a la integridad corporal o a la existencia material, los derechos culturales son más que derechos accesorios.... no es una exageración decir que los derechos culturales garantizan a los individuos y a los grupos culturalmente definidos el sentido de su significado. Merecen más atención que la que han recibido, porque son en el sentido verdadero el fundamento de los lazos estéticos, cognitivos, espirituales y emocionales de todos los seres humanos a sus sociedades y sus medidas de expresar esos lazos”¹¹³.

La conferencia del Cairo del 1994 tuvo una continuación por parte del gobierno de Países Bajos en el año 2004 sobre derechos reproductivos y cultura. La conferencia se organizó para “acelerar la ejecución de un número de decisiones tomadas durante la Conferencia de Cairo en el 1994”. Los organizadores querían “atraer atención al papel que la cultura puede jugar en temas relativos a la sexualidad y procreación”. La Ministra holandesa Agnes Van Ardenne habló en su conferencia inaugural acerca del poder de la cultura en relación a las costumbres de un país o un pueblo que impide a las mujeres determinar su propio comportamiento sexual, elegir sus parejas y planificar su futuro familiar. La conferencia se resultó en diez objetivos. Uno de los objetivos fue destapar los taboos sobre sexualidad y reproducción e invitar a los gobiernos en todas las partes del mundo a responder sobre educación, educación sexual y combatir cualquier forma de violencia de género.

En varios países latinoamericanos, el Movimiento de Mujeres “reclama la educación sexual en el sistema educativo como una obligación del Estado hacia las jóvenes generaciones, que, según la Convención Internacional de los Derechos del Niño, debe proveer de un conocimiento integral de la sexualidad y ayudarlos a que se desarrollen como personas adultas, plenas y responsables. De esta manera, la educación sexual es un instrumento pedagógico y cultural de largo alcance en la sensibilización sobre esos derechos sexuales y reproductivos, tanto en sus aspectos de salud y biológicos como culturales; junto con la información sobre métodos anticonceptivos, prevención de embarazos adolescentes, del contagio del VIH-SIDA y de situaciones de violencia y abuso sexual contra menores y mujeres. Así, la educación sexual transformaría ideas y costumbres prejuiciosas, patriarcales y de riesgo que afectan a las latinoamericanas”¹¹⁴.

3. Derechos culturales y la salud sexual y reproductiva

Si cultura y derecho de primera vista parecen 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?

El debate sobre los derechos culturales en los países industrializados se ha concentrado más bien en temas relativos a la provisión, acceso y participación culturales y temas más específicos como los derechos de autor. Ya que es un apartado menos atendido de los derechos humanos, en el debate internacional los intereses se han movido más en ámbitos artísticos o culturales en el sentido de acceso a las ofertas y equipamientos culturales o los derechos de las minorías de conservar sus tradiciones y costumbres culturales como puede ser el idioma.

¹¹² Banyan Tree Paradox, 37.

¹¹³ Marks, 2002.

¹¹⁴ Analía Bernardo, “La sexofobia judeocristiana versus sexualidades espiritualizadas de otras culturas”. www.cendoc-mujer.org.pe/compsexofob.html

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 tienen el 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 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, 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 las 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 tienen acceso a la sociedad y a la cultura y que además tienen el dominio de decisión sobre las políticas y los programas de los cuales son objeto.

El enlace entre los derechos culturales y la salud reproductiva dentro del marco de la salud intercultural se basa en la propia idea de la cultura como manera de vivir que abarca valores, símbolos, creencias, costumbres y tradiciones que forman el universo de las maneras de vivir de las personas. La salud sexual y reproductiva es uno de los temas en las sociedades y comunidades que más refleja estos componentes. Los valores de la sociedad están representados en el comportamiento sexual o en la actitud o apertura a los temas sexuales y de 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 el derecho de 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 caso de cualquier otro derecho, establece 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 caso de la salud sexual y reproductiva (SSR) este aspecto 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 de recibir 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 a 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 que 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 para 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 **el acceso a la información adecuada y al 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 así 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 **el 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 los 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 **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 violen 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. En SSR esto 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 deben tener el derecho de sentirse culturalmente

agrupadas. Esto tiene una vinculación con **los derechos lingüísticos**. El uso del idioma en muchas zonas rurales es una cuestión clave que se convierte en transcendental 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 con **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 toma en cuenta que ***los servicios están 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 atender 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 pueden 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 de participar en la vida cultural han sido identificados en muchos encuentros e instrumentos internacionales¹¹⁵. 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 (2007) que presenta una concentración de los temas tratados en los instrumentos internacionales en 12 artículos además de temas que se consideran prioritarios en base 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 acorde 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 y 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 limita 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,

¹¹⁵ Por ejemplo: informe final de la reunión de expertos en Manila, febrero del 2002 y Barcelona, noviembre del 2002. Informe final del Diálogo Internacional de Derechos Humanos y Desarrollo Humano, Barcelona, agosto del 2004. Mencionados en Laaksonen, 2005.

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 el enfrentamiento con temas que no están preparadas a 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.

4. Los derechos culturales y la salud sexual y reproductiva en Bolivia

4.2. Bolivia, pueblo multicultural

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 de las cuales, el 64% viven en área urbana y el 36% en el ámbito rural¹¹⁶. 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)¹¹⁷. Según el informe *Because I'm a girl* el índice de natalidad en 2007 es de 3,8 niños por mujer. Según el informe, 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 edad¹¹⁸. De la población infectada por VIH, el 27% son mujeres, 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 tienen en el momento del parto. Estimadamente el 15% de todos los partos son cesarias¹¹⁹ y aproximadamente 623 mujeres por año mueren por causas relacionadas con la salud materna¹²⁰.

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"*¹²¹.

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.

Art. 136. Son de dominio originario del Estado, el suelo y el subsuelo con todas sus riquezas naturales, las aguas lacustres, fluviales y medicinales, así como los elementos y fuerzas físicas susceptibles de aprovechamiento. La ley establecerá las condiciones de este dominio, así como las de su concesión y adjudicación a los particulares¹²².

¹¹⁶Habitat Internacional Coalition, <http://www.hic-net.org/document.asp?PID=123>

¹¹⁷ "Gender, Health and Development in the Americas", 2005.

¹¹⁸ "Because I'm a girl", 2007.

¹¹⁹ "Gender, Health and Development in the Americas", 2005.

¹²⁰ « Por una maternidad y nacimiento seguros »,

¹²¹ Rojas et all, 1998.

¹²² Constitución boliviana, fuente:..Rojas et all, 1998.

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.¹²³

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 control¹²⁴.

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.

En el caso de Bolivia los bajos niveles de escolaridad repercuten en el poco conocimiento de las mujeres sobre sus derechos y su exigibilidad. El informe sobre el derecho de las mujeres a la vivienda digna en Bolivia reconoce las siguientes observaciones:

“La realización de los derechos, incluido el de la vivienda, tiene una relación estrecha con el grado de escolaridad y capacitación que implica el acceso a la información y al conocimiento. En general, en los sectores urbanos marginales y rurales, las mujeres tienen limitaciones para conocer sus derechos, exigirlos y realizarlos precisamente por sus bajos niveles de escolaridad reflejados en los indicadores de analfabetismo absoluto y funcional y que es mayor al de los hombres”.

“Existe una falta de reconocimiento a todo nivel sobre las implicancias que tiene la realización del derecho a la vivienda para las mujeres precisamente por el rol reproductivo que se les asigna. La vulneración de alguno de los componentes del Derecho Humano a la Vivienda (seguridad física y jurídica, espacios suficientes, dotación de servicios básicos, equipamiento social, gestión del ocio, vías transitables que faciliten el desplazamiento a los lugares de trabajo, sistemas de recogida de basura que reduzcan el riesgo ambiental, todo a costos razonables) implica un redoblado esfuerzo para las mujeres “responsables” de la reproducción de la familia y la sociedad. Existen estudios puntuales respecto a los impactos emocionales y de salud mental que generan las injusticias por exigir a las mujeres sólo obligaciones y no generar las condiciones materiales para realizar sus derechos que se traducen en abandonos, desarticulación familiar, estrés y desesperanza”¹²⁵

“La predominancia de la cultura patriarcal se refuerza con las visiones culturales sobre el rol reproductivo de las mujeres que se refleja en prácticas concretas de discriminación sobre el acceso a la información (...) Las prácticas culturales pueden tener refuerzos históricos como el

¹²³ Constitución boliviana sobre la libertad de religión y las religiones/cultos indígenas. Fuente: Orientación de marcos jurídicos...

¹²⁴ Fuente: Orientación de marcos jurídicos....

¹²⁵ Ficha completa por país: Bolivia. Consulta regional “Mujer y vivienda adecuada”, 2003, 14- 27.

hecho que la mujer debe aceptar su rol inferior de sumisión y obediencia, inclusive si vive con la familia de los hermanos o hermanas del esposo, ella debe estar sometida a una servidumbre (...) En lo que se refiere a los servicios, no se cuenta con datos que puedan revelar y cuantificar con exactitud la situación de la mujer respecto al acceso a servicios básicos. Las lógicas mercantiles definen que los que tienen ingresos pueden pagar las cuentas de los servicios mientras que los que no tienen capacidad económica quedan sujetos a condiciones de acceso insalubres que definen el riesgo de enfermedades gastrointestinales y cutáneas reflejadas en los altos indicadores de morbilidad y mortalidad infantil por estas causas”¹²⁶.

“En realidad las experiencias han demostrado que la organización de la mujer en comunidades y grupos impulsores por iniciativa de las mujeres mismas, han funcionado en la gestión y consolidación de urbanizaciones y comunidades (...) En Bolivia existe la Ley de Violencia intrafamiliar, pero no se cumple en su totalidad por falta de conocimiento de las mujeres, por falta de asesoramiento y en algunos casos por mala información y también por costumbres culturales, existen problemas y creencias que la mujer debe soportar como los maltratos y los problemas que se producen también por falta de privacidad y porque la vivienda no está diseñada considerando las necesidades de las mujeres”¹²⁷

4.2. La salud intercultural en Bolivia

Los profesionales de la medicina occidental a veces se muestran fuertemente contrarios a la medicina tradicional. Aunque son dos sistemas complementarios, las aproximaciones al cuerpo humano o al ‘ser’ humano diferentes hacen que los sistemas de la medicina occidental rechaza la cosmovisión de la medicina tradicional. La medicina occidental se basa fuertemente en la razón y en la ciencia (en lo ‘demostrable’) mientras la medicina tradicional entiende el cuerpo humano de forma dual: el cuerpo físico y el cuerpo espiritual.

En el 1984 Bolivia fue el primer país en reconocer oficialmente la vigencia de la medicina tradicional¹²⁸. 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 puesto de atención en aspectos culturales en los procesos de lucha contra la tasa alta de la mortalidad materna e infantil, pusieron atención en 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”¹²⁹.

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 cultural¹³⁰, el artículo 8¹³¹ y artículo 23¹³² 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 profesionales¹³³. Como ejemplos positivos menciona el Decreto Supremo del Modelo de Gestión y Directorio Local que

¹²⁶ Idem.

¹²⁷ Idem

¹²⁸ En Dibbits, 2004. la Ley se llama Resolución Suprema No. 198771, La Paz, 1984.

¹²⁹ Idem, 2004.

¹³⁰ 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.”

¹³¹ “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.”

¹³² “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.”

¹³³ 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...”

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 salud¹³⁴.

El informe *Save the Children* (2006) sobre la mortalidad infantil y materna, publica un índice basado en seis indicadores básicos de salud materna en 125 países¹³⁵: riesgo de la mortalidad materna, uso de medidas anticonceptivas, presencia de personal cualificado durante el parto, aparición de anemia entre mujeres embarazadas, alfabetización femenina y participación de mujeres en el gobierno nacional. El índice también hace uso de cuatro indicadores sobre la salud infantil: mortalidad infantil, estatus nutricional, matriculación en escuelas de primera y acceso al agua potable. Los países más desarrollados en estos aspectos son Suecia, Dinamarca y Finlandia, y de los que menos, Nigeria. Bolivia tiene el puesto 75. El índice reconoce que en Bolivia la mortalidad infantil es el 50% más elevada en el ambiente rural que en un entorno urbano y es el 70% más elevada entre la población de escasos recursos económicos que entre la población de altos ingresos.

La planificación familiar es una de las vías para reducir gastos en salud pública. Gracias a la planificación familiar, se pueden tener ahorros en los otros sectores sociales y fomentar el desarrollo sostenible. Hoy en día más o menos la mitad del crecimiento de la población se debe al número de personas jóvenes que entran en la edad reproductiva. Aunque estas personas sólo tuvieran 1-2 hijos, el impacto en el crecimiento sigue siendo importante. Más o menos la tercera parte del crecimiento es debido a la falta de acceso a medidas de anticoncepción, o bien al hecho que las familias se sienten obligadas a tener un gran número de hijos para asegurar el bienestar futuro de la familia.

El estudio / catalogación *Sistemas de salud tradicionales en América Latina y el Caribe: información básica de la Organización Panamericana de la Salud* de 1999 afirma que “La medicina tradicional es actualmente la medicina ‘mestiza’ de la zona andina con una influencia fuertemente religiosa, basada en la cosmovisión que la tipologiza como tal. Esta medicina tradicional incluye sobre todo los/as Kallawayas, Jampiris, Yatiris, Parteros e Ipayes. Los nombres de los curadores tradicionales se dan según el área geográfica a la que pertenecen. Otro encuestado de Bolivia expresó su concepto de la medicina tradicional como lo siguiente: todas las poblaciones tienen su legado de sabiduría que se transmite oralmente de padres a hijos o de mayores a jóvenes. El uso de sus recursos, mayoritariamente recursos renovables, es muy efectivo y racional. Intentan preservar su ecosistema sin molestarlo. Estos recursos juegan un papel importante en la solución de los problemas de salud”¹³⁶. En principio, en Bolivia hay que tener una licencia especial para ejercer la medicina tradicional. Según los cálculos el número de licencias es bajo en comparación con el número real de las personas ejerciendo en este ámbito.

El Plan Estratégico del Consejo Nacional de Salud Indígena CIDOB 2005-2007¹³⁷ (instancia estatal en Bolivia que cuenta con consejos regionales, subregionales y municipales de salud)

¹³⁴ Rojas et al, 1998

¹³⁵ De un total de 173 países de los que se ofrece alguna información.

¹³⁶ Sistemas de salud tradicionales.....1999

¹³⁷ idem.

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 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

I. Se reconocen, respetan y protegen en el marco de la ley, los derechos económicos, sociales 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, a su identidad, valores, lenguas y costumbres e instituciones¹³⁸.

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 enfermedades¹³⁹.

En junio de 2007, la Comisión de Derechos, Deberes y Garantías votó a favor de una iniciativa anti-aborto en base a los derechos colectivos y a una visión cosmocéntrica de la vida. Las organizaciones de mujeres han demostrado una fuerte oposición al proyecto de ley que se está preparando.

Según la *Evaluación participativa del SUMI en cuatro municipios del departamento de Beni* elaborada por FCI/Bolivia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA en el 2007, la población indígena tiene una falta de conocimientos e información sobre SUMI y sus prestaciones a las usuarias y usuarios. Las observaciones de una serie de talleres organizados en el 2004 para estudiar la difusión de las prestaciones de SUMI demuestran faltas en la administración de medicamentos y en el cumplimiento de las prestaciones del SUMI en las comunidades indígenas. Además, los obstáculos para el cumplimiento del SUMI son también aspectos tales como las dificultades en el desplazamiento (las distancias y la falta de medios de transporte), insuficiencias en la gestión de recursos y fondos de las postas de salud, incumplimientos de los horarios de atención y la falta de respeto y reconocimiento de los indígenas por parte de autoridades locales (no indígenas).

Los resultados de la Evaluación indican que hay grandes obstáculos en la implementación adecuada del SUMI y en la comunicación entre las comunidades y los proveedores de salud. Según el informe estos elementos incluyen:

- desconocimiento por parte de los y las beneficiarias de las prestaciones que ofrece el SUMI

¹³⁸ Legislación boliviana sobre los idiomas indígenas. Fuente: Orientación de marcos jurídicos....

¹³⁹ Sistemas de salud tradicionales.....1999

- confusión causada por falta de orden y dirección en su implementación (a nivel de los servicios)
- baja capacidad resolutive de los servicios de salud y poca disponibilidad del personal para responder a las necesidades de la población
- la comunidad percibe y se relaciona de diferente modo con los proveedores de salud: profesionales de salud externos (profesionales no del sector público), internos (profesionales del sector público) y los promotores de salud
- falta de confianza entre los proveedores de salud y las/los usuarias/os
- inadecuación del material de comunicación

El informe ofrece una serie de recomendaciones entre las cuales están las siguientes relativas a la adecuación cultural o la aproximación intercultural a los servicios de salud que es *“para lo cual, es imprescindible mejorar la capacidad de los proveedores, los cuidados obstétricos esenciales y fortalecer la atención calificada del parto”*:

- fortalecer la capacidad resolutive de los servicios de salud de primer nivel de atención mediante la capacitación del personal, equipamiento y la dotación oportuna de insumos y medicamentos
- sensibilizar a los gobiernos municipales para que dentro del marco de sus competencias establezcan prioridades y definan inversiones para que los servicios de salud de primer nivel cuenten con la infraestructura adecuada en el nivel de atención al que corresponden, con servicios básicos y con medios de comunicación y transporte
- informar y sensibilizar a la comunidad sobre los signos de peligro y complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo, parte y puerperio para que puedan conocer y ayudar a referir los casos de emergencia obstétrica oportunamente a los servicios de salud
- difundir el SUMI con materiales apropiados a la realidad regional
- que exista una persona perteneciente al pueblo indígena como proveedor de salud que reciba un ítem pagado por el municipio y que pueda atender en el idioma nativo
- trabajar en la promoción de los derechos de las comunidades indígenas en sus propias lenguas y a través de radios comunitarias
- dar a conocer los canales y espacios de participación social en las redes sociales existentes
- incorporar a los comunarios y comunicarias indígenas (especialmente parteras) a los servicios de salud
- incorporar la medicina tradicional en los seguros de salud
- reconocer prestaciones de medicina tradicional y parteras
- rescatar los conocimientos y saberes de los médicos tradicionales y de las parteras
- empoderar a las comunidades en temas de derechos humanos, leyes y derechos sexuales y reproductivas

Fuente: Por una Maternidad y Nacimiento Seguros, Mesa de Maternidad y Nacimiento Seguros

Las acciones clave para mejorar la salud materna:

- *mejorar el nivel educativo y promover la participación de las mujeres en las decisiones sobre su salud y la de su familia*
- *incorporar y brindar la educación para la sexualidad en todos los sistemas educativos formales y alternativos*
- *aumentar la información y garantizar el acceso a servicios de métodos anticonceptivos modernos*
- *asegurar que todas las mujeres bolivianas puedan acceder a atención calificada en su parto*
- *establecer redes de servicios funcionales que garanticen la disponibilidad y accesibilidad de los cuidados obstétricos y neonatales de emergencia (CONE) poner en práctica el enfoque intercultural en la atención de la salud materna y neonatal en los establecimiento de salud, mejorando la calidad de atención*
- ***poner en práctica el enfoque intercultural en la atención de la salud materna y***

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

“En Bolivia coexisten cuando menos dos sistemas: tenemos la medicina “tradicional”, que es funcional y efectiva en la resolución de variedad de problemas de salud. No solamente cuenta con especialistas, sino que la medicina casera o la autoatención, como lo denomina Menéndez (2003), está muy desarrollada. De manera integral, podemos decir que se diferencia de la medicina occidental, por su visión más integral u holista. Para la medicina occidental, por otra parte, a pesar de conceptualizar la salud como un estado de completo bienestar bio-psico-social, en la práctica el foco de atención sigue siendo la salud física. Sin embargo, en las últimas décadas se han desarrollado diversas corrientes al interior de esta medicina, que han cuestionado esta visión reduccionista y sostienen que, sin abandonar el estudio de los aspectos biológicos de las enfermedades, en el que la ciencia médica occidental de destaca, se hace imprescindible relacionar estos aspectos con las condiciones físicas y psicológicas generales de los seres humanos en su ambiente social y natural, e, incluso, se empieza a considerar la introducción del elemento espiritual en la definición de salud.”

El enfoque intercultural en la atención de la salud materna

El Documento de 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 salud enfocada a 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 establece como meta la elaboración de sugerencias para la adecuación cultural de los sistemas institucionales que fomenten 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 una confianza creciente en las relaciones entre parteras y usuarias. Como ‘elementos de debilidad’ el documento destaca la falta de apoyo técnico, clínico y antropológico de 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.

El Enfoque intercultural en la atención de la salud materna (2007): Marco estratégico de la propuesta:

➤ **Visión**

La atención de la salud materna y neonatal, tanto en el sistema biomédico como en el de la medicina tradicional, garantiza una atención con calidad y calidez a mujeres y recién nacidos, asegurando el disfrute del derecho a la salud de toda la población, en el marco del reconocimiento y respeto de la diversidad en cuanto a creencias y prácticas culturales en torno al embarazo, parto y puerperio

➤ **Misión**

Impulsar un cambio en las formas de atención de la salud materna, en el marco del respeto a la diversidad cultural y a los derechos de las mujeres, a través de la capacitación de recursos humanos, el fortalecimiento de la gestión institucional y participativa en salud y el diseño de un modelo de atención integral de la salud materna con enfoque intercultural

➤ **Objetivo general**

Contar con un modelo de atención integral de la salud materna con enfoque intercultural, validado y aplicable en todo el territorio nacional y que implica la participación activa de la comunidad y autoridades departamentales y locales, así como de los proveedores formales

y tradicionales, en planes de intervención específicos para cada servicio de salud.

➤ **Objetivos estratégicos**

- *Mejorar la sensibilidad, capacidades y destrezas del personal de salud para la atención intercultural de la salud materna*
- *Consolidar la aplicación del enfoque de salud intercultural en la atención materna que brindan los establecimientos y redes de salud de municipios rurales*
- *Fortalecer la gestión institucional elaborando recomendaciones para un modelo de gestión intercultural de la atención de la salud materna con participación de los actores departamentales y locales.*

El desarrollo de la estrategia se dividió en diferentes líneas estratégicas:

• **Procesos de capacitación**

Los procesos de capacitación incluían talleres de interculturalidad para *“aportar elementos conceptuales teórico/prácticos para la incorporación del enfoque intercultural en la atención de la salud materna”*. Esta idea partía del principio que los diferentes sistemas son complementarios y necesarios. Para la capacitación se desarrolló el *Manual para facilitadores/as de capacitación en la atención intercultural de la salud materna*. El enfoque de la capacitación no fue una metodología impuesta, sino una elaboración conjunta de materiales y conocimientos a través de un proceso participativo. Además, se involucraron parteros/as tradicionales en la capacitación y se revisó el contenido de la *Guía para la atención intercultural de la salud materna*

Además de la capacitación práctica, se realizaron talleres de evaluación capacitante para incluir la perspectiva de los profesionales. En estos talleres *“se realizó un trabajo de análisis individual y colectivo recogiendo la opinión de cada uno/a sobre los avances, logros y dificultades en la implementación de la estrategia.”*

• **Planes de intervención**

La estrategia se planteó no sólo en términos de capacitación, sino un conjunto de acciones con un impacto a largo plazo. Para asegurar la continuidad y un impacto más amplio, se realizaron acciones de asesoramiento técnico en terreno para apoyar a los equipos institucionales en la puesta en práctica de los avances de la capacitación con el objetivo de *“avanzar en la elaboración de un modelo de atención integral, incorporando en establecimientos de salud de primer nivel y en su área de influencia, el enfoque de interculturalidad en la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, con la participación activa y sostenible de autoridades municipales, locales y población organizada”*. Los planes de intervención desarrolladas contienen una serie de dinámicas y propuestas, y acciones relativas a la autoevaluación de la incorporación de nuevas prácticas, acciones de articulación y coordinación, y equipamientos e infraestructuras. Además, se llevó a cabo una sistematización que *“permitió evaluar el grado de avance en la implementación de la estrategia de interculturalidad”*.

• **Transferencia de la estrategia**

Esta línea incluyó acciones relativas a talleres de transferencia de la estrategia a equipos departamentales, gestiones de fortalecimiento de la gestión institucional en SEDES y municipios, y la elaboración de un conjunto de recomendaciones y lineamientos para un modelo de gestión intercultural de la salud materna.

• **Información, educación y comunicación (IEC)**

Las experiencias y vivencias relacionadas con la implementación de la estrategia fueron recogidas en el boletín “La Retama”.

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 con la atención control prenatal y el parto en domicilio o en un centro de salud. También muestran, en relación con los planes de intervención, que en el 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 la salud, 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 tiempo, dentro de una problemática usualmente subestimada por el sector, forme parte de una reorganización estatal que permite el desarrollo de instituciones públicas eficientes y su integración intercultural con 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 una visión artificial de una cultura homogénea de las mismas ofertas a las mismas necesidades, el centralismo institucional y político, el marco normativo insuficiente que en general sobrepasa las necesidades culturales, la inestabilidad política-institucional, la negación de la diversidad cultural, la 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 que es necesaria en todos los procesos democráticos y la ausencia de sistemas de monitoreo y seguimiento.

Además, afirma 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 a tener 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 planes regionales o locales que correspondan a las necesidades locales; el reconocimiento de la diversidad cultural a diferentes niveles administrativos y legislativos y la introducción de interculturalidad en las diferentes acciones.

Conclusiones

El desarrollo jurídico sobre los derechos culturales aún deja mucho que desear, aunque existen un gran número de instrumentos internacionales que hacen referencia a los derechos culturales. Al mismo tiempo que hay demanda para el definir mejor los derechos culturales a nivel jurídico, hay una necesidad de compromisos políticos y programas concretos. La participación de la sociedad civil en la formulación de los derechos culturales es un componente central en el futuro progreso de los derechos culturales.

En el 2007, en la reunión de validación de la versión anterior de este 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.

Los derechos culturales en la salud pueden ofrecer una nueva forma de normativización de las aproximaciones culturales a la salud sexual y reproductiva.

La tensión entre la libertad individual y el bienestar del grupo cultural es un componente de tensión relacionado a la realización de los derechos humanos. Los derechos culturales tienen la característica particular de ser derechos humanos individuales a la vez que poseen una naturaleza colectiva. Diferentes de los derechos civiles, políticos, económicos y sociales que se basan en la noción compartida de la dignidad humana e igualdad entre todas las personas, los derechos culturales hacen hincapié en el valor de la diferencia; la diversidad y la memoria colectiva en base de la cual se refleja la identidad de un grupo cultural.

Los derechos culturales relativos a la salud sexual y reproductiva presentados en este documento son aún una sugerencia básica que necesita actualización, estudio y perfilación. Esta versión de documento aún se considera un 'borrador' para futuras mejoras y especificación.

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

Ahmed Obaid, Thoraya

Culture Matters to Development: it is the "How" and not the "Why" and "What". Presentado en Bern, Suiza el 13 de diciembre del 2005.

Alarcón, Ana M.; Vidal, Aldo; Neira Rozas, Jaime

Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales, Sociedad Médica de Santiago, 2007.

Bradby, Barbara y Murphy-Lawless, Jo

¿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 del parto en los sectores formal e informal del cuidado perinatal (1994-95)". Comisión Europea, programa de Ciencias y Tecnologías para los Países en Vías de Desarrollo, 2005.

Camacho, A.V.; Castro, M.D.; Kaufman, R.

Cultural aspects related to the health of Andean women in Latin America: A key issue for progress toward the attainment of the Millennium Development Goals. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 94, 2006.

Campos Navarro, Roberto y Citadella, Luca

Willaqkuna. Un programa en salud intercultural en Bolivia. En Fernández Juárez, Gerardo: *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Abya Yala, 2004

Chiarotti, Susana

Mujeres y derechos humanos: convergencias y tensiones entre dos movimientos sociales. En Ely Yamin, Alicia: *Derechos económicos, sociales y culturales en América Latina. Del invento a la herramienta*, Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, 2006.

- *Copenhague y Beijing: 5 años después*, CLADEM, 2000.

Currea-Lugo, Victor

La encrucijada del derecho a la salud en América Latina. En Ely Yamin, Alicia: *Derechos económicos, sociales y culturales en América Latina. Del invento a la herramienta*, Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, 2006.

Dibbits, Ineke

Implementación experiencia piloto para Salud Intercultural en la Red Azanake. Informe de consultoría. Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional. 2004.

Donders, Yvonne

Towards a right to Cultural Identity in International Human Rights Law. Presentado en el Seminario Internacional sobre Diversidad y Derechos Humanos, Sao Paolo, abril 2004.

Eide, Asbjorn

Minority rights and the right to take part in cultural life. With special reference to CESCR Article 15 81) (a). Presentado en el seminario internacional sobre el Derecho de Participar en la Vida Cultural, Universidad de Quezón, Filipinas, febrero 2002.

Ely Yamin, Alicia

Introducción. En Ely Yamin, Alicia: *Derechos económicos, sociales y culturales en América Latina. Del invento a la herramienta*, Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, 2006.

Figuroa, Adolfo

La exclusión social como una teoría de la distribución en Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe, Banco Mundial / FLASCO, 2000.

Gallardo, Jennifer H.

Investigación del rol de las parteras tradicionales como agentes salud y el desarrollo de la Interculturalidad en el hospital integral con medicina tradicional de Cuetzalan, Puebla.

Gil-González, Diana; Carrasco-Portino, Mercedes; Ruiz, María Teresa

Knowledge gaps in scientific literature on maternal mortality: a systematic review. Bulletin of the World Health Organization, noviembre del 2006.

Gonzalez Salguero, Fernando; Antonieta Martín, María; Pérez Menedoza, Rosario; Vernon, Ricardo

Cross-cultural Adaptation of Reproductive Health Service in Bolivia. Population Council Frontiers in Reproductive Health Program, septiembre del 2005.

Gould, Helen; Marsh, Mary

Culture: Hidden Development. A practical working guide to Culture and Development for the international development sector. Creative Exchange, 2004.

Heuer, Uwe-Jens y Schirmer, Gregor

Human Rights Imperialism. Monthly Review, vol. 49, no 10, marzo 1998.

Laaksonen, Annamari

La Cultura Comprometida: los derechos y deberes culturales. Revista Periferica, Universidad de Cadiz, enero del 2006.

- *Measuring Cultural Exclusion through Participation in Cultural Life.* Presentado en el III Forum sobre Desarrollo Humano: Definir y Medir Exclusión Social, Paris, enero 2005.

MacDonald, Theodore

Un enfoque de los derechos indígenas a comienzos del siglo XXI: normas internacionales, movimientos sociales y reclamos de la ciudadanía. En Ely Yamin, Alicia: *Derechos económicos, sociales y culturales en América Latina. Del invento a la herramienta*, Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, 2006.

Marks, Stephen

Defining Cultural Rights. En *Human Rights and Criminal Justice for the Downtrodden*, Marinus Nijhoff Publishers, Leiden/Boston, 2003, 293-324

- *Definitional Aspects of Cultural Rights.* International Roundtable on the Right to Take Part in Cultural Life, Universidad de Philipines, 11-13 febrero del 2002, Manila.

McChesney, Allan

Promoting Economic, Social and Cultural Rights. A Handbook. American Association for the Advancement of Science – AAAS Science and Human Rights Programme, 2000.

Michaux, Jacqueline

Hacia un sistema de salud intercultural en Bolivia: de la tolerancia a la necesidad sentida, En Fernández Juárez, Gerardo: *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas.* Abya Yala, 2004

Rivera Zea, Tarcila

Empoderamiento de las Mujeres Indígenas para el ejercicio de derechos. Centro de Culturas Indígenas del Perú, 2005.

Rojas, Rocio; Shugair, Nur

Orientación de los Marcos Jurídicos hacia la Abogacía en Salud de los Pueblos Indígenas. Estudios de las legislaciones Colombia, Bolivia, El Salvador, México y Honduras. Organización Panamericana de la Salud, 1998.

Sardá, Alejandra

First Session of the Universal Periodic Review – Sexual Rights and Women’s issues. Análisis on how women’s rights and sexual rights were addressed at the first Universal Periodic Review of Human Rights of the Human Rights Council, April 2008. Espacio Latinoamericano de Sexualidades y Derechos, Mayo 2008.

Segobye, Alinah K.

Discursos de cultura en África: el desafío del Sida al desarrollo en Derechos Culturales y Desarrollo Humano. Publicación de textos del diálogo del Fòrum Universal de las Culturas de Barcelona 2004. Agencia Española de Cooperación Internacional, 2006.

Sengupta, Arjun

Cultural Rights and the Right to Development, International Roundtable on the Right to Take Part in Cultural Life, Universidad de Philipines, 11-13 febrero del 2002, Manila.

Stamatopoulou, Elsa

Why Cultural Rights Now? Presentado en el Consejo de Ética y Relaciones Internacional de la Fundación Carnegie, 2004. www.cceia.org/viewMedia.php/prm/prmTemplateID/8/prmID/5006

Stavenhagen, Rodolfo

Educación y derechos culturales. Un desafío. Presentado en el VI Coloquio Internacional de Educación en Derechos Humanos y Encuentro Latinoamericano Preparatorio a la Conferencia Mundial de la Asociación Internacional de Educadores para la Paz, Puebla, 10-12 del julio del 2002.

Touraine, Alain

La lucha social hoy es por los derechos culturales. Entrevista a Alain Touraine por Luis Ángel Fernández Hermana, 18 de julio del 2000.

The Banyan Tree Paradox. Culture and Human Rights Activism. International Human Rights Internship Program, 2006.

Because I’m a girl. The State of world’s girls 2007, Plan International, 2007.

Cultura y sustentabilidad en Iberoamérica. Organización de Estados Iberoamericanos para la Ciencia, la Educación y la Cultura y Fundación Interarts, 2005.

Cultural Rights. Fribough Declaration. 7 de mayo del 2007.

¿De qué mueren las mujeres? Agenda Salud. Isis Internacional, Santiago, Chile (2002)

Decisiones y omisiones en salud sexual y reproductiva. El problema de la mortalidad materna en Argentina. Ediciones del CCC, Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini, Buenos Aires, 2007.

El enfoque intercultural en la atención de la salud materna: Un avance para las políticas públicas de salud. Documento de síntesis. Ministerio de Salud y Deportes, Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, febrero del 2007.

Evaluación participativa del SUMI en cuatro municipios del departamento del Beni. FCI/Bolivia y UNFPA, 2007.

Gender, Health and Development in the Americas. Basic Indicators 2005. Organización Pan-Americana de Salud, 2005.

Girls' right to education. Report submitted by the Special Rapporteur of United Nations on the right to education, publicado por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, febrero del 2006.

Hoja informativa. Aborto seguro: un asunto de salud pública. Centro de Derechos Reproductivos, febrero del 2007.

Hoja informativa. El aborto legal y seguro es un derecho humano de las mujeres. Centro de Derechos Reproductivos, febrero del 2007.

Incorporating a Gender Perspective in the Work with Indigenous Peoples, Organización panamericana de la salud, Health of Indigenous Peoples Initiative, 1997.

Informe de la consulta regional "Mujer y vivienda adecuada: la ficha por países: Bolivia" (2003), Organizada por UN-Habitat en cooperación con la Oficina del Alto Comisariado de los Derechos Humanos, 3-5 de diciembre del 2003, Ciudad de México.

Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo), Naciones Unidas, 1994.

Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Resolución V. "Salud de los Pueblos Indígenas" aprobada por la xxxvii reunión del Consejo Directivo Organización Panamericana de la Salud, 1993.

Kallawayas de Curva. Asociación de Médicos Kallawayas Originarios de Curva AMKOC, 2007.

Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud: Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva. Organización Mundial de la Salud, 2001.

Manual para la Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto (HACAP). Family Care International (FCI), Dirección Provincial de Salud de Tungurahua y Proeycto de Garantía de la Calidad, 2006.

Muertes maternas en el Departamento del Beni. Investigación de tres casos reportados. FCI/Bolivia y UNFPA, 2007.

Nuestra Diversidad Creativa. Informe de la Comisión Mundial de Cultura y Desarrollo, UNESCO 1995.

Plan Estratégico del Consejo Nacional de Salud Indígena CIDOB 2005-2007.

Por una Maternidad y Nacimiento Seguros. Mesa de Maternidad y Nacimiento Seguros.

Prácticas de Medicina Tradicional, Proyecto de Salud Integral ASÍ-MMN

Report from the Session on Introduction to the Legal Concepts and Framework of the Human Right to Adequate Housing (2004). United Nations reports.

Report from the African Regional Civil Society Consultation on Women and Adequate Housing (2002). Organized by UN-Habitat in cooperation with the Office of the High Commissioner for Human Rights. 31 October 2002, Nairobi, Kenya.

Sensibilización en diversidad sociocultural para la atención en salud materna. 1ª Reunión técnica de promoción de la salud materna: Chiapas, Guerrero, Oaxaca. 21 y 22 de febrero del 2008.

Toward a Comprehensive Approach to Health. Guidelines for Research with Indigenous Peoples. Working Group on Research, Organización Panamericana de la Salud, 1995.

Traditional Health Systems in Latin America and the Caribbean: Base Information. Informe técnico del proyecto. Organización Panamericana de la Salud, Noviembre 29 – diciembre 1, 1999.

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979 (entrada en vigor el 3 de septiembre del 1981)

Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacional o étnicas, religiosas y lingüísticas. Aprobada por la Asamblea por la Asamblea General en su resolución 47/135 del 18 de diciembre de 1992, Naciones Unidas.

Recomendaciones de Lund sobre la Participación Efectiva de las Minorías Nacionales en la vida pública, publicado por la Oficina del Alto Comisariado sobre Minorías Nacionales, 1999.