

# La interculturalidad y el derecho a la protección de la salud: Una propuesta transdisciplinaria

Adriana Ruiz-Llanos\*

## RESUMEN

En este artículo se fundamentan los conceptos de identidad cultural, interculturalidad y transdisciplinariedad en relación a los inalienables e imprescriptibles derechos de toda persona, a los que se agregan los derechos específicamente indígenas, y los de aquellos grupos minoritarios que requieren evidente protección de las leyes.

## ABSTRACT

The aim of this article is to analyze the concepts of cultural identity, interculturality and transdisciplinarity approaches, in relation to individual rights, which are fundamental and inalienable in character. We shall focus on minority groups, specifically those based on ethnic, gender and social conditions considering that vulnerable groups, because of their very nature require special protection of the law.

## Introducción

En el permanente quehacer para la protección a la salud en un mundo cada vez más globalizado, no pocas veces se vulnera la identidad biológica de las personas sino además, su identidad sociocultural. El desarrollo de la ciencia médica y sus beneficios, requieren de cauces efectivos para ser accesible en sociedades pluriculturales, cuya existencia obliga a que las decisiones sobre preceptos de derecho, programas de gobierno y académicos, logren equilibrar las aspiraciones y convicciones de las mayorías, y el respeto y tolerancia a los que son diferentes e igualmente en minoría.

En nuestro país, los pueblos originarios como población distinta, han sido –históricamente– objeto de discriminación, así refiere C. Eibenschutz “bajo el presupuesto de la igualdad de todos los individuos ante la ley, la sociedad y el mercado, erradicar, ahí, donde fuese necesario, todo resabio de cultura mesoamericana, no reconociéndose formalmente, las diferencias raciales ni culturales”.<sup>1</sup>

Son necesarios acuerdos mínimos, un punto de partida para construir soluciones, frente a preocupaciones comunes. Dichos acuerdos deben estar fundamentados en la ética, la bioética, los derechos humanos, la interculturalidad y el bioderecho, entre otros

aspectos que favorezcan el respeto a la identidad en su sentido más amplio.

Los pueblos originarios, los migrantes, refugiados, desplazados, personas con opciones sexuales diversas etc., constituyen en el escenario actual de pluralidad, un desafío en materia de procuración de justicia. De ahí la necesidad de lograr mínimos acuerdos que se basen en la inviolabilidad de los derechos humanos, dentro del marco regulatorio constitucional y que permita ejercer el derecho a la protección a la salud.

En este contexto, nos refiere A. Tomassini en *Historia, Derechos Humanos y Medicina* “Existe un control por parte del Estado frente a los individuos, y es posible que las instituciones no sepan autolimitarse, pudiendo hacer mal uso del poder”.<sup>2</sup>

## Una propuesta transdisciplinaria

Es evidente la necesidad de una estrategia teórica que amplíe el horizonte para abordar los asuntos de salud que hoy nos ocupan y preocupan, que permita, “un acercamiento transdisciplinario, aunque ciertamente preliminar; colocar en la mesa de discusión, la ampliación de miradas”<sup>3</sup>.

La aportación de los puntos de vista propios de distintas disciplinas, es necesaria para intentar la resolución del asunto a tratar. El propósito de la trans-

\* Profesora de asignatura en el Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM.

**Palabras clave:** Interculturalidad, pluralismo cultural, derechos humanos.

**Key words:** Interculturality, cultural pluralism, human rights.

disciplinariedad “se funda, en la certeza de que el conocimiento antes descrito como un fundamento o estructura lineal hoy debe pensarse como una red o malla con múltiples nudos de conexión”. En esta nueva propuesta de conocimiento, prevalecen los procesos de “pluralidad, relationalidad, diálogo, interacción y negociación” de acuerdo a J. Thompson.<sup>4</sup>

Es necesario, sin embargo que no sea de manera discursiva, sino como posibilidad viable y práctica para la reflexión, el análisis y la comprensión de añejos y nuevos fenómenos emergentes. Como señala el filósofo español F. Savater, se trata de acercarnos al hombre en términos biológicos pero también simbólicos.<sup>5</sup> “*Es indudable que los filósofos, en el mejor de los casos, tratan de ocuparse de manera laica de lo mismo que preocupa a sacerdotes y teólogos. Uno y otro se plantean preguntas no instrumentales, que no pueden ser zanjadas por ninguna respuesta que nos permita despreocuparnos de ella y pasar a otra cosa (como ocurre en el caso de la ciencia) y que no se refieren a cómo podemos (arreglarnos) con las cosas del mundo, sino a lo que somos y a lo que significa ser como somos*”.<sup>6</sup>

El respeto al hombre en la diversidad (sustentado en una ética generadora de una progresiva convivencia humana, y una relación intercultural adecuada mediante la cual se concreta la relación de intercambio con el Otro), pretende romper con el modelo de dominio y subordinación. Por ello es imprescindible intentar, de manera permanente, entender (o por lo menos conocer), antes que condonar, las múltiples expresiones de resistencia y/o hibridación. Expresiones que pueden constituir más bien un esfuerzo constante de los individuos y colectivos, frente a los intentos homogeneizantes sobre sociedades plurales y dinámicas. En el entendido de que son respuestas que se han ido modelando de acuerdo al momento histórico y la intensidad de la intolerancia frente al Otro, frente al diferente. Desafortunadamente, intolerancia y discriminación como formas de exclusión, se presentan en el diseño de políticas sanitarias y en la relación médico-paciente.

De tal modo que, como anota S. Molina “Las consecuencias de la emergencia de la intolerancia en la sociedad devastan su propio seno y, en un mundo global, amenazan su integridad”.<sup>7</sup>

### Acerca de la identidad

La persistencia de problemas de discriminación en sus variadas facetas, hacia determinados tipos de po-

blación marginada, no es visible en las estadísticas, a pesar de la gran inequidad de que son objeto.

Existía ya en la Nueva España, una población pluricultural caracterizada por una dinámica relación no siempre alejada del conflicto, ello debido a causas múltiples, y que se entiende en el marco de su propia lógica histórico-temporal. No obstante, en la amplia área geográfica denominada Mesoamérica, se compartían (y por ello su delimitación), conocimientos y prácticas comunes que la articulaban y caracterizaban, generadoras de conocimiento en todos los campos y que han trascendido en forma significativa. Tal región no se encontraba exenta del fenómeno de identidad. S. Molina lo explica de la siguiente forma: “*Todas las sociedades se mueven de manera permanente en el establecimiento de pautas de identidad y diferenciación que no está exenta de sobrevalorar la perspectiva propia así como el no aceptar aquello que no concuerda con las pautas que el colectivo acepta como válidas*”.<sup>8</sup>

La identidad surge a partir de la muy particular manera de percibir la realidad de parte del observador, la identidad es referente de toda diferenciación. El observador “*selecciona lo que va a observar y conduce sus observaciones de manera sesgada a partir de su propio interés o desinterés, experiencia o inexperiencia, conocimiento o desconocimiento o ignorancia, expectativas o convicciones, los criterios para diferenciar y las diferencias mismas*”.<sup>9</sup>

Así el encuentro de variadas identidades, deviene en fundamental cuando de entender se trata las relaciones de tolerancia e intolerancias “¿Juega algún papel la inseguridad que se coloca en relación directa a la intolerancia?”. Por ejemplo, podemos observar este fenómeno en el caso de invasiones u ocupaciones militares en países ajenos, los movimientos migratorios, la situación de desplazados y refugiados ya sea por causa de violencia estructural o armada, persecución política entre otros. La población receptora genera respuestas ante la población que arriba, por períodos variables de tiempo.

Según Crovi: “*La identidad posee una dimensión histórica, se conforma dentro de fronteras simbólicas y tiene un carácter relacional, es decir, contribuye a conformar vías de comunicación y expresión, que favorece la construcción de los criterios de tolerancia e intolerancia*”.<sup>10</sup>

¿Qué papel jugaba tal relación en el territorio de la Nueva España? Iniciemos con la identidad cultural a la cual se enlaza y expresa a través de las tradiciones de los diversos pueblos que la conformaban, las cuales han servido para permitir prolongar la existencia

de dichas culturas, a pesar de la conquista y la evangelización. En este sentido, L. Ocaña realiza un análisis bajo la visión de K. Jung, “mediante el cual muestra cómo los mayas pudieron sobreponerse a sus opresores a lo largo de la historia y continuar evolucionando hasta nuestros días porque generaron su propio mito redentor: el de las eras sucesivas para el futuro”.<sup>11</sup>

Aún hasta nuestros días es patente cómo la identidad de muchos pueblos originarios tienen un sustento en la relación armoniosa con la naturaleza y con sus dioses. Relación compleja donde el cumplimiento de la función de cada uno es esencial para mantenerla. De lo más importante resulta el mantenimiento de esta armonía debido a que constituye el fundamento para que la vida se despliegue, lo cual implica el respeto. No había dioses autoritarios, pues cada elemento, cada actor social cumple una función que repercute en todos los demás.

Es relevante destacar que este escenario era parte del contexto en la etapa que nos ocupa, por lo cual nos parece oportuno lo dicho por Molina: “*La religión le dio al hombre primitivo formas de expresión [por medio] del simbolismo, pero ninguna religión ha sido tan rica en este sentido como el paganismo. No es de extrañar que en el campo mexicano existen todavía muchos cuentos de apariciones con un toque de paganismo (paganismo que proviene del latín paganus, que quiere decir campesino, y pagus aldea). Se utilizó el término porque fueron los aldeanos los últimos en convertirse al cristianismo; se usó en general para catalogar a los infieles, a los no bautizados que seguían rindiendo culto a las religiones politeístas*”.<sup>12</sup>

El quebrantamiento de la cosmovisión por la imposición de creencias ajena provoca procesos complejos de adecuación como la hibridación y la resistencia, en el permanente caldo de cultivo que es el conflicto.

El interés maya en preservar parte de sus propios referentes culturales, nos anota M. Ruz se presenta sobre todo en el espacio ritual: “Ahora sabemos que si se conserva el signo se puede recuperar el significado”.<sup>13</sup> Cuando la estrategia de conquista violenta incide en este rasgo de la población, se dirige a las representaciones rituales cuyos significados están representados por una enorme riqueza de signos, la reacción frente a tal embate es ampliamente conocida en el registro histórico. El resultado está marcado por la hostilidad, la amenaza a la identidad, la franca falta de respeto a la diferencia. Una estrategia interesante es la que se observa en varias culturas, nos referimos al surgimiento de personajes que asumen la defensoría del sujeto de “exclusión, violencia, discriminación en el mejor de los casos”<sup>14</sup> así como

de su eliminación en sus más diversas formas, denominado el defensor del pueblo, ya sea personas del grupo agraviado o de personas pertenecientes al grupo que infringe el agravio o violenta la dignidad humana. Han tenido que pasar como dicen los mayas, muchos soles y muchas lunas para ir aprendiendo, que aquel que no se comporta de acuerdo a parámetros homogeneizantes, no se considera el enemigo a combatir, ni a integrar sino a respetar.

Recordemos la importancia de los mitos en las poblaciones recién “descubiertas” y el papel de éstos en la resistencia y conservación como pueblos. En el área mesoamericana es el de Quetzalcóatl, el mito profético más asombroso (quizá de la historia universal), considerándolo el gran rescatador de la vieja humanidad, para preservar la semilla del Quinto Sol.

En contraste, los franciscanos sugerían que Dios, nada menos, se había guardado los indios del Nuevo Mundo como una reserva espiritual para reconquistar. Ch. Domínguez señala en su biografía sobre Fray Servando Teresa de Mier que: “En el debate de tal situación, hubo abstención en el 5º Concilio de Letrán (1512-1517) acerca de asuntos medulares, a pesar de que a sus sesiones asistieron misioneros del Nuevo Mundo. Hubieron de ser los dominicos españoles Francisco de Vitoria (1483-1546) y Domingo de Soto (1495-1560) quienes al mismo tiempo, justificaran tanto la falla jurídica de la conquista, como el problema de la salvación de los indios”.<sup>15</sup> Este es un hito histórico con otros actores sociales, otros espacios de debate, donde se decide sobre temas vitales y trascendentales de los pueblos, sin su participación. Recordemos las políticas indigenistas y su fracaso por excluyentes y carentes de respeto a los valores y cultura propia de su “objeto de ayuda”.

Se ha registrado, desde entonces, una larga transformación, en los países americanos con una historia de conquista europea, la cual le imprimió mayor complejidad a la situación prevaleciente, ahora con población traída de fuera, es decir, los esclavos africanos.

Eclosionan los movimientos de resistencia de nuevo tipo, de independencia y revolución, marcando antecedentes fundamentales en el desarrollo de estrategias que intentan dar respuesta al nuevo escenario sociopolítico y económico, para el logro de libertades y la construcción de relaciones más justas. Reformas agrarias, reformas constitucionales, construcción de liderazgos de los discriminados históricamente, de manera contundente, para romper la subordinación desde la colonia hasta nuestros días. Todo ello para eliminar obstáculos para ejercer sus derechos ciudadanos a plenitud.

En este contexto de múltiples y activas transformaciones, no es posible que los procesos de salud, enfermedad, atención y muerte, puedan ser ajenos y aislados.

Mantener o recuperar la salud, en las nacientes sociedades pos-independentistas requirió de la elaboración de respuestas que, acertadas o no (incluidas las omisiones), repercutieron de manera diferencial sobre la vida de la población. Repercusiones registradas desde un abanico variado de abordajes, en la historia general del país. En particular dan cuenta de ello, la historia de la medicina, la antropología médica, la antropología jurídica, la sociología médica y la salud pública en su sentido crítico con un necesario alejamiento de la folklorización, idealización y complacencia. Lo cual no evita reconocer los logros en su justa dimensión.

### Derechos humanos y salud

Nuestro acercamiento al abordaje de los derechos humanos de manera académica formal, surge ante la necesidad de ordenar de manera teórica, un cúmulo de experiencias en la práctica cotidiana como profesional de la salud, con población en situación de marginalidad y pobreza extrema y no sólo la práctica privada. Durante la mayor parte de mi ejercicio como médica e iniciada en la antropología social, la opción de trabajo en coparticipación con personas excluidas de los beneficios de los avances tecnológicos y de vanguardia en la investigación y políticas de salud, ya sea en el ámbito urbano, suburbano y rural, rebasó mi formación académica universitaria con grandes vacíos socioculturales.

El aprendizaje y cosmovivencia con personas y colectivos cuyas visiones integradoras de la experiencia humana del enfermar, morir, estar sano, y ante todo las poblaciones mismas, compartieron su saber conmigo. Pero ante todo, por la insoportable, ofensiva e injusta relación que desde diversas instituciones, personal de salud, sociedad el Estado y miembros de las fuerzas armadas, establecen con el que es diferente, en franca consolidación de dominio y subalternidad. La mal entendida neutralidad médica, y las omisiones ante la responsabilidad ético-política que con carácter de obligatoriedad, tiene para la procuración de justicia en el área de la salud. Ante esta gris situación, la ayuda humanitaria internacional en el sureste mexicano fue de gran valía en la atención de la emergencia sanitaria.<sup>16</sup>

La situación en Chiapas, significó una agresión a los derechos fundamentales de manera evidente, con mayor intensidad durante la ocupación militar por la violencia que generó, potenciando la violencia estructural que con carácter histórico se venía viviendo en territorios de población indígena predominante, la cual, cobró y continúa cobrando vidas hasta hoy día.

*Al margen de que la legislación sobre derechos humanos avance, los médicos tenemos que privilegiar lo ético sobre lo jurídico y hacer honor a una tradición que ubica a la medicina en defensa de los derechos de los pacientes.*

Dr. Alberto Lifschitz<sup>17</sup>

Por otro lado, en el terreno de la salud/enfermedad/atención, somos testigos del sorprendente adelanto científico. Los avances biomédicos en el campo de la investigación y el desarrollo tecnológico son evidentes y alentadores, pero también resulta innegable, que en sociedades multiétnicas y pluriculturales, la biomedicina sostiene una relación inversa con el desarrollo de capacidades y estrategias interculturales para la aplicación de los beneficios de la misma, como una estrategia para el respeto a la diversidad, que se refleja en el ejercicio del derecho a la identidad, la libertad, y la libre determinación.

### Concepto de derechos humanos

Al referirnos a los derechos humanos (DH en adelante), retomamos el concepto de acuerdo a la Comisión Nacional de Derechos Humanos el cual hace alusión “al conjunto de prerrogativas inherente a la naturaleza de la persona, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral del individuo que vive en sociedad jurídicamente organizada. Estos derechos, establecidos en la Constitución y en las leyes, deben ser reconocidos y garantizados por el Estado”.<sup>18</sup>

A continuación presento algunos datos relativos a la clasificación y tipologías relacionados con los DH:

#### Clasificación de acuerdo a la naturaleza del derecho

- I. Derechos civiles y políticos, como el derecho a la vida, a la libertad, seguridad personal, participación política y otros. 2. Derechos económicos, sociales y

culturales, aquellos que se refieren a las condiciones para una vida digna, como lo son: educación, salud, trabajo, protección social. 3. Derechos de los pueblos, se refiere a la protección de las naciones o pueblos, como unidades culturales que habitan un territorio, como lo son los pueblos indígenas (derecho a la paz, autodeterminación, desarrollo sostenible).

#### Tipología de los DH de acuerdo a quien lo ejerce o exige

A) Derechos Individuales, en relación a los intereses personales del ser humano y los ejerce cada persona; B) Derechos Sociales, en relación a los intereses colectivos o de grupos sociales.

Es una tarea de toda la sociedad protegerlos, y especialmente por mandato constitucional, por el Estado, por las autoridades gubernamentales en ejercicio de la función pública.

La responsabilidad finalmente es tripartita: ciudadanos con participación activa; el Estado por medio de la expedición de leyes, políticas públicas y programas específicos, y los organismos que laboran en el ámbito jurídico internacional, a través de múltiples instrumentos, como pactos, convenios, tratados, protocolos y declaraciones. Estos últimos deben considerarse con carácter obligatorio por los gobiernos que los suscriben y ratifican.

La característica fundamental de los DH es el cumplimiento paulatino del bienestar común de parte del poder público para superar la desigualdad, la pobreza y la discriminación, sólo posibles en una situación de justicia, paz y libertad.

Dejaremos para otra ocasión, la historia, fundamentos filosóficos y desarrollo de los DH, así como el tratamiento a profundidad de los instrumentos internacionales.

Por otro lado, es innegable la necesidad, la utilidad y aplicabilidad de la perspectiva de DH en la formación de trabajadores de la salud, contamos con antecedentes históricos de conflicto en las relaciones entre medicina y derecho, entre servidores públicos y comisiones de DH, entre pacientes y personal de salud aún con la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Un suceso afortunado es la apertura del Dr. José Narro, director de la Facultad de Medicina de la UNAM, para retomar el diálogo necesario entre la medicina y la perspectiva de los DH en el Seminario Internacional Salud y Derechos Humanos en el 2006.

#### Relaciones entre derechos humanos y salud

El trabajo por la salud implica una labor permanente por los DH ya que todos ellos, bajo una concepción integral, repercuten en su conformación y preservación.

Las siguientes relaciones propuestas por J. Mann y S. Gruskin<sup>19</sup> son muy claras, cada una enfoca un aspecto particular de esta interrelación crítica.

Salud → Derechos humanos

Relación 1<sup>a</sup>. Impacto potencial de políticas, programas y prácticas de salud, sobre los DH. Reconocer la complementariedad de objetivos de salud con normas de DH para propiciar políticas en salud y programas más efectivos. Reto: negociación balanceada para alcanzar nivel óptimo entre promoción y protección de DH y Salud.

Salud ← Derechos humanos

Relación 2<sup>a</sup>. Expresa la idea de que las violaciones o la falta de cumplimiento de alguno o todos los derechos humanos tienen efectos negativos en la salud. Verdadero en tiempos de paz, períodos de conflicto y de represión política extrema.

Salud ←→ Derechos humanos

Relación 3<sup>a</sup>. Basada en la idea de la conexión íntima entre ambos campos. La idea central del movimiento por la salud y los DH es que actúan en sinergia. La promoción y protección a la salud requiere esfuerzos explícitos y conceptuales para promover y proteger los DH y por ende, la dignidad. Y una realización completa de los DH necesita poner gran atención a la salud y sus determinantes sociales. Hasta aquí Mann y Gruskin.

De tal forma que un diálogo necesario y fructífero, es el ya iniciado en forma explícita, entre salud y DH. La perspectiva de DH, se refiere al acceso a la atención de la salud, o frente a un daño evidente a la salud, como manifestación inicial del abuso de un derecho humano como la tortura.

La perspectiva de DH, ya es parte del análisis y las propuestas desde los organismos internacionales, así R. Rojas refiere: *La salud como derecho se incluye en todas las generaciones de derechos. Los derechos de Primera Generación, resguardan la salud del in-*

*ividuo, los de la Segunda Generación, obligan al Estado a proveer servicios y acciones de salud en el espacio individual y colectivo; de la Tercera Generación, incluye nuevos paradigmas que permean la intersectorialidad y transdisciplinariedad del sector salud, instando a la discusión de asuntos éticos*".<sup>20</sup>

### **El derecho constitucional a la protección a la salud en México**

En el ilustrativo informe denominado: "Pueblos excluidos, comunidades erosionadas. La situación del derecho a la salud en Chiapas, México", se nos reporta que tras su investigación, México se ubica con mayores niveles de desigualdad que países africanos como Malí, Zambia y Nigeria. En el 2003, el gasto total en salud alcanzó el 6.2% del Producto Interno Bruto (PIB), ubicándose entre los países con menor gasto en salud. El 15º lugar en desigualdad que se relaciona con el gasto público *per cápita*, siendo doce veces menor en aquellos que no poseen seguridad social comparada con la población asegurada. Así Chiapas tuvo un gasto *per cápita* en salud de 581 pesos, en cambio para Baja California Sur fue de 2,255 pesos. Sin duda, la inequitativa distribución de los recursos para la salud es una manera de perpetuar la pobreza y la marginalidad.<sup>21</sup>

Es una imperiosa necesidad, revertir la relación de injusticia distributiva y la conservación del *status quo*.

No obstante, allí está el mandato constitucional que dice:

Art. 4. Toda persona tiene derecho a la protección a la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XXVI del artículo 73 de esta Constitución...<sup>22</sup>

El derecho a la protección a la salud, es un derecho contenido en el marco de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC en adelante), consagrado en los instrumentos del sistema de Naciones Unidas y el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, así como en las Constituciones de varios países.

Por ello, es ineludible la obligación del estado mexicano. De la investigación realizada por Physicians for Human Rights, El Colegio de la Frontera Sur y el Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos - Defensoría del Derecho a la Sa-

lud, se desprende que "después de analizar diversos indicadores sociodemográficos y socioeconómicos, indicadores de salud (salud materna, infantil, desnutrición etc.), nuestro país no está cumpliendo con sus obligaciones en lo que al derecho a la salud se refiere. Es necesario atender la equidad, la no discriminación, promover la participación activa de la población en todos los niveles de toma de decisiones".<sup>23</sup>

Y cuando el derecho a la salud es violado, no hay cauces explícitos para acceder a la instancia encargada de orientar, negociar, o dirimir una queja o una denuncia (en este sentido es loable la función de la CONAMED, pese a su baja cobertura en algunos estados del interior). "El art. 60 de la Ley General de Salud no contempla la demanda por falta de cobertura o acceso a los servicios de salud como una cuestión institucional o sistémica".<sup>24</sup>

### **Interculturalidad**

En esta frecuencia de crear condiciones favorables para el ejercicio de los derechos humanos dentro de la complejidad de políticas públicas en salud, entendemos la interculturalidad, como una propuesta de diálogo, intercambio y complementariedad, que –bajo el lema de la unidad en la diversidad– apunta hacia la articulación de las diferencias pero no a su desaparición.<sup>25</sup> Es necesario diferenciarla de la pluriculturalidad y de la multiculturalidad, porque no es un término descriptivo sino propositivo, que surge después de un proceso de análisis de relaciones desiguales hacia pueblos indígenas y afrodescendientes. Se conforma como alternativa al mestizaje homogeneizante, uniformador e integracionista de las políticas estatales. Tiene un fuerte impacto en el desarrollo de la educación, cuyos "antecedentes [se encuentran], en los aportes de las ciencias sociales latinoamericanas desde hace casi tres décadas".<sup>26</sup>

Si bien la interculturalidad hace referencia a la diversidad cultural, "conceptualiza esa diversidad" y "desarrolla prácticas relacionadas con esa diversidad en la sociedad y sus instituciones sociales".<sup>27</sup> Así un aspecto relevante de la interculturalidad propositiva es que no sólo "reconoce" sino que actúa, y por lo tanto es una meta por alcanzar.

### **La salud indígena como un derecho humano**

Existen fuentes variadas, con cifras que no coinciden con precisión, una de ellas refiere un 12% de población indígena del total del país. El binomio indígena-

pobreza es un complejo histórico, como lo fueron también las violaciones a sus DH fundamentales. Múltiples instituciones gubernamentales, programas, comisiones, se han encargado de “protegerlos” o “ayudarlos”, siempre en una relación subordinada.

Como parte del trabajo para la salud con pueblos originarios, un de los primeros aspectos de gran relevancia a investigar, es ¿Cuáles son las ideas acerca de la concepción del cuerpo y sobre qué es la salud? Y una de las respuestas a la segunda pregunta entre la población tzotzil fue la que me dio una mujer anciana: “Que esté contento mi corazón”<sup>28</sup> en un taller de salud en Ecuador 1995, el colectivo concluyó, que salud es: “la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social”, citado por R. Rojas.<sup>29</sup>

Como podemos apreciar, para los indígenas la salud es un asunto cuya dimensión es colectiva, relacionada con el entorno ecológico, sociocultural, económico, político y espiritual, y sólo así, el corazón estará contento. No obstante que en ciertas comunidades indígenas en resistencia, la salud es un problema de todos; en las comunidades que reciben programas institucionales, la salud es un problema del gobierno; y en las comunidades divididas, la salud es un problema de nadie. Algunos avances a nivel nacional se ven menguados por la aceptación parcial de la palabra indígena, posición oficial que los mantiene en estrategia de resistencia (no aceptar programas de gobierno), por el incumplimiento de los Acuerdos de San Andrés sobre identidad y cultura indígena.

En el año 2001, se incorpora a la Constitución lo relativo a los derechos de los pueblos indígenas, fenómeno que se hace extensivo a otros estados de la

República que ya cuentan con su propia legislación como Chihuahua, Oaxaca, Quintana Roo, San Luis Potosí y Nayarit.

Art. 2º. La Nación Mexicana es única e indivisible (...) tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. (...)

La conciencia de su identidad indígena deberá ser criterio fundamental para determinar a quiénes se aplican las disposiciones sobre pueblos indígenas. (...)

El derecho de los pueblos a la libre determinación se ejercerá en un marco constitucional de autonomía que asegure la unidad nacional.<sup>30</sup>

La aprobación del Congreso a la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas y la creación del Instituto Nacional de Lenguas Indígenas en 2003, se suman a decisiones como la desaparición del Instituto Nacional Indigenista, que desde 1948 se desenvolvió como agente de la política indigenista mediante la aculturación de las comunidades indígenas, ahora reducido a una Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2003) cuyas acciones están aún por evaluarse.

Por otro lado, es imprescindible tener presentes los siguientes instrumentos: del Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Pacto de San José, Art. 26, Protocolo de San Salvador, 1988 Art. 10; la Resolución CD37.R5 de la OPS sobre salud de los Pueblos Indígenas (“Resolución V”) emitida en septiembre de 1993. Adopta la iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas (SAPIA) y el informe de la Reunión de Trabajo de Winnipeg. Este es ya el marco de referencia específico del trabajo de la OPS con población indígena. Comisión Interame-



Figura 1.



Figura 2.

ricana de Derechos Humanos en colaboración con hospitales. Corte Interamericana de Derechos Humanos; Sistema de Naciones Unidas, que aprobó en 1966 dos pactos, el de los derechos civiles y políticos y el de DESC; El derecho a la salud en el Art. 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Art. 12; Convenio No. 169 de la OIT Art. 25 y 30; Convenio sobre la Diversidad Biológica Art. 8; la Declaración Universal de Derechos de los Pueblos Indígenas,(2006:63 -74) entre otros.<sup>31,32</sup>

Una práctica que hemos venido observando en la organización indígena, es la formación de promotores de derechos humanos indígenas, los cuales son reconocidos por su comunidad, como “nuestros abogados indígenas” que apoyan a sus autoridades locales en la resolución de problemas concretos, haciendo uso cada vez más de los instrumentos y mecanismos, nacionales e internacionales, para ejercer sus derechos.

### **Derechos de la salud indígena como colectividades**

Como principio, considerar que el derecho a la salud es vinculante con otros derechos (a la identidad cultural, autodeterminación, tierra y territorio, recursos naturales, educación, vivienda, nutrición suficiente y equilibrada etc.). Algunos retos por cubrir:

- Acceso a servicios de salud, con disposiciones afirmativas de tipo legal para la eliminación de diversas barreras para el uso y disfrute irrestricto de los servicios públicos y la gratuidad en todos los niveles de atención.
- Reconocimiento de la medicina tradicional indígena, no sólo en forma declarativa sino efectiva.
- Protección jurídica de las plantas y conocimientos medicinales, ya que aquí la propiedad intelectual es relevante.
- Adaptación de los servicios de salud a los usos y costumbres indígenas.
- Revisar el marco legal al interior de cada país, su Constitución, sus leyes y decretos.

En México, la Constitución Política con las reformas realizadas en el 2001 marca “acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la

*medicina tradicional, así como apoyar la nutrición indígena mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil. En el caso de los estados de Chiapas, Campeche, Tabasco y Chihuahua, reconocen los derechos a la salud de los pueblos indígenas y la prestación de servicios adecuados en el marco de sus características sociales y culturales”.*<sup>33</sup> En relación a la medicina tradicional que ya se contempla en los estados mencionados, se suma Quintana Roo.

### **Conclusión**

La defensa de los derechos humanos en su conjunto es la defensa por una vida digna de toda persona, sin discriminación de edad, raza, nacionalidad, clase social o forma de pensar, para que se desarrolle en todos los campos de su vida, en sintonía con la igualdad, libertad y dignidad. ¿Cómo dar respuesta a estos derechos cuando los recursos para la salud están en relación inversamente proporcional al índice de marginación de los municipios del país; cuando los médicos se concentran en zonas de altos niveles económicos y escasean o están ausentes en zonas de muy alta marginación y pobreza extrema, donde existe una cama de hospital por cada 10 mil habitantes, donde predomina una escasa o nula disponibilidad y acceso a servicios de salud? Y donde existe un puesto público de salud con frecuente trato discriminatorio (abierto o sutil) que por permanente se le considera ya “normal”, donde los programas sociales han dividido a las comunidades, donde los conflictos armados vulneran la estabilidad social de los pueblos indígenas, rompiendo su cohesión social y contribuyendo a su eliminación.

La estrategia para la atención a la salud en el marco de los Derechos Humanos deviene en privilegiar lo ético, aspiración que el Dr. Lifchitz registró, sin embargo la preocupación de otro de nuestros médicos insignes ya es una realidad:

*Sobre nosotros cae en los últimos tiempos, acusaciones de toda índole... Los enfermos se quejan del poco interés humano que advierten en el médico; de su arrogancia en el trato con ellos; de su negativa a darles explicaciones o siquiera un consejo; del aire de estar siempre de prisa; del alto precio de los servicios médicos, que no están según ellos, en consonancia con lo poco que reciben; un grado más y la queja se vuelve acusación.*

Dr. Ignacio Chávez<sup>34</sup>

## Referencias

1. Eibenschutz C. En: Page J, Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de Chiapas 1857-1995. México, UNACH, UNAM, 1991. p. 82.
2. Tomassini A. Historia, Derechos Humanos y Medicina. México, CNDH, 2000. p. 16.
3. Valencia G. Transdisciplina y fronteras disciplinarias. Una aproximación a las encrucijadas del tiempo social. [www.orus-int.org/docs/valenciaguada.pdf](http://www.orus-int.org/docs/valenciaguada.pdf) (consulta: mayo 2007).
4. Thompson J. Interdisciplinariedad y Complejidad, una relación en evolución. [www.orus-int.org/docs/valenciaguada.pdf](http://www.orus-int.org/docs/valenciaguada.pdf) (consulta: mayo 2007)
5. Savater F. Discurso 19 de abril. México, UNAM.
6. Savater F. La Vida Eterna. Barcelona, Ariel, 2007. p.16.
7. Molina S, (coord), Identidad e Intolerancia. México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, 2000. p. 8.
8. Molina S, (coord), Identidad e Intolerancia. México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, 2000. p. 8.
9. Molina S, (coord), Identidad e Intolerancia. México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, 2000. p. 8.
10. Crovi D. Juventud identidad y comunicación. En: Identidad y Tolerancia. Molina S, (coord). México, UNAM, 2000. p. 15.
11. Ocaña L. Identidad cultural. Los arquetipos en las leyendas mayas. En: Identidad e Intolerancia. Molina S (coord). México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM: 2000. p. 10.
12. Molina S (coord). Identidad e Intolerancia. México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM. 2000. p. 8.
13. Ruz M. En: Identidad e Intolerancia. Molina S (coord). México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, 2000. p. 28.
14. Ruz M. En: Identidad e Intolerancia. Molina S (coord). México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, 2000. p. 28.
15. Domínguez Ch M. Vida de Fray Servando. México, ERA-Conaculta-INAH, 2004. p. 32.
16. Ruiz A. Diario de campo. Notas informativas, testimonios, observaciones y experiencias, entre pueblos indígenas de Chiapas, 1980-2001.
17. Lifschitz A. En: Cué R. y Ramos J. Medicina y Legislación. Cuernavaca, 2004. p. 55b.
18. Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2001.
19. Mann JS, Gruskin S. En: Seminario Taller Salud Pública y Derechos Humanos: Estableciendo lazos. Conceptos básicos: derechos humanos y salud pública. Lima, Perú, 2002. p. 5.
20. Rojas R. En: Manual de Campaña Educativa sobre Derechos Humanos, Salud Indígena y Derechos Humanos. San José de Costa Rica, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2004. p. 62.
21. Physicians for Human Rights, Colegio de la Frontera Sur, Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos-Defensoría del Derecho a la Salud, Pueblos excluidos, comunidades erosionadas. La situación del derecho a la salud en Chiapas, México, 2006. p. 2.
22. Constitución Política Estados Unidos Mexicanos. México, Porruá, 2007. p. 10.
23. Physicians for Human Rights, Colegio de la Frontera Sur, Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos-Defensoría del Derecho a la Salud, Pueblos excluidos, comunidades erosionadas. La situación del derecho a la salud en Chiapas, México, 2006. p. 6.
24. Physicians for Human Rights, Colegio de la Frontera Sur, Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos-Defensoría del Derecho a la Salud, Pueblos excluidos, comunidades erosionadas. La situación del derecho a la salud en Chiapas, México, 2006. p. 6.
25. López LE. En: Manual de Campaña Educativa sobre Derechos Humanos, Salud Indígena y Derechos Humanos. San José de Costa Rica, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2006. p. 173.
26. López LE. En: Manual de Campaña Educativa sobre Derechos Humanos, Salud Indígena y Derechos Humanos. San José de Costa Rica, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2006. p. 172.
27. López LE. En: Manual de Campaña Educativa sobre Derechos Humanos, Salud Indígena y Derechos Humanos. San José de Costa Rica, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2006. p. 173.
28. Ruiz A. Diario de campo. Notas informativas, testimonios, observaciones y experiencias entre pueblos indígenas de Chiapas, 1999.
29. Rojas R. En: Manual de Campaña Educativa sobre Derechos Humanos, Salud Indígena y Derechos Humanos. San José de Costa Rica, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2004. p. 62-63.
30. Constitución Política Estados Unidos Mexicanos. México, Porruá, México, 2007. p. 2.
31. Instituto Interamericano de Derechos Humanos y Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo. Campaña Educativa sobre Derechos Humanos y Derechos Indígenas; Módulos Temáticos. San José de Costa Rica, 2004.
32. Instituto Interamericano de Derechos Humanos y Organización Panamericana de la Salud. Campaña Educativa sobre Derechos Humanos y Derechos Indígenas; Salud Indígena y Derechos Humanos, Manual de contenidos. San José de Costa Rica, 2006.
33. Instituto Interamericano de Derechos Humanos y Organización Panamericana de la Salud. Campaña Educativa sobre Derechos Humanos y Derechos Indígenas; Salud Indígena y Derechos Humanos, Manual de contenidos. San José de Costa Rica, 2006. p. 91.
34. Chávez I. En: Cué R, y Ramos J, Medicina y Legislación. Cuernavaca, 2004. p. 144b.

Dirección para correspondencia:

**Dra. Adriana Ruiz-Llanos**

binajel@hotmail.com