Salud, Cultura y Género: ¿Cómo mejorar la salud sexual y reproductiva en un país multicultural?

Astrid Bant Haver¹

INTRODUCCIÓN

La Declaración de los Derechos Universales, ratificada por el Perú, reconoce el derecho a la salud, al bienestar, a los avances de la ciencia y de la tecnología, a la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres de todas las condiciones y culturas.

Las conferencias mundiales sobre los Derechos Humanos (Viena 1993), sobre Población y Desarrollo (Cairo, 1994) y sobre Mujeres (Beijing, 1995) han resaltado la importancia de una perspectiva que considere los “derechos” en el análisis, las soluciones y en la evaluación de la problemática de las mujeres. Los principios de indivisibilidad y universalidad de los derechos humanos, así como las experiencias de las mujeres en los países en desarrollo, exigen un enfoque más amplio e integrador gracias al cual se aborde el desarrollo y los derechos humanos desde una perspectiva de género.

América Latina constituye un factor importante en la introducción del concepto de los derechos sexuales y reproductivos dentro de las normas y legislatura nacionales e internacionales. Oportunamente se reconoció que la inclusión de los derechos sexuales y reproductivos en los derechos humanos universales, tiene una particular relevancia para el empoderamiento de las mujeres, especialmente para aquéllas en situación de pobreza.

La definición y el concepto de los derechos sexuales y reproductivos no están del todo determinados, para lograrlo es necesario considerar el debate entre los distintos actores sociales como: movimientos vinculados a los derechos humanos, de mujeres, de trabajadores, indígenas, de jóvenes, de homosexuales, de VIH/Sida; instituciones estatales y organizaciones no gubernamentales. Los derechos sexuales y reproductivos comprenden derechos sociales, políticos y económicos; sus objetivos abarcan desde la protección de la experiencia más personal e íntima hasta la participación pública o política de todos y todas. Incluyen por ejemplo, el derecho de tener información adecuada y completa para poder disfrutar una sexualidad libre de coerción, dolor, enfermedad y riesgos; el derecho de elegir tener hijos, de decidir cuántos tener y determinar la frecuencia entre embarazos que se desee; el derecho a una maternidad segura y sana; a no ser discriminado debido a la opción sexual; así como, al acceso a servicios de salud acordes con los valores y necesidades de los/las usuario/as, a la confidencialidad sobre sus casos y a recibir información necesaria para decidir si aceptan un tratamiento o no. Y aunque los derechos sexuales y reproductivos se inscriben dentro de los derechos universales, el énfasis y la relevancia de algunos de sus contenidos pueden variar según los contextos culturales en los que se desarrollan.

¹ Este artículo es una adaptación de la introducción del documento de trabajo “La salud sexual y reproductiva en Ucayali y San Martín, escrito con Angelica Motta y publicado por Reprosalud/Manuela Ramos (2001).

Entonces ¿cómo se relacionan los derechos universales con el derecho a la diferencia cultural? Esta pregunta se enmarca en un debate mayor: el de los universalistas versus los defensores del relativismo cultural. El universalismo afirma la igualdad de todos los seres humanos, sustentándose en la universalidad de necesidades básicas que deben ser atendidas para el pleno desarrollo de la vida humana. Por su parte, el relativismo cultural pone en tela de juicio toda realidad objetiva, pues la considera inexistente; toda afirmación es el resultado de una interpretación personal, interpersonal, cultural, y no hay fundamentos objetivos para defender una jerarquía de valores o posiciones privilegiadas. El relativismo cultural niega el absolutismo de verdades postulado por los universalistas, afirma el derecho universal a la diferencia y da, así, un soporte de legitimación a sistemas sociales diferentes del occidental.

Algunos exponentes del relativismo cultural destacan el resultado de la práctica política de una sociedad determinada, sobre la realización de un protocolo formal como medio y fin de los procesos de participación democrática. Señalan que la existencia de reglas formales para el desarrollo de procesos democráticos no garantiza –necesariamente– que las sociedades se tornen igualitarias; más aun, consideran que algunas formas poco democráticas arrojan mejores resultados en términos de una distribución igualitaria (Heise et al, 1999: 12-3, basado en Nussbaum y Glover, 1995). Ambas corrientes pueden ser utilizadas a favor y en contra de procesos democráticos, del desarrollo humano y de la libertad individual. Es un hecho que factores económicos, culturales, históricos, políticos y ambientales, intervienen en la realización y en la promoción del acceso a los derechos humanos universales en cada país, población y localidad. La realización de los derechos individuales depende de la realización de los derechos colectivos y viceversa.

Nosotras optamos por defender los derechos individuales y grupales de las mujeres en el contexto cultural que elijan. Pensamos que la salud sexual y reproductiva de las mujeres es, en gran parte, el resultado de la capacidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos. Dicha capacidad está condicionada por las características de la situación particular de la mujer como: la distancia (o diferencia) entre su cultura local -o etnicidad- y la cultura nacional; los parámetros particulares de los sistemas de género locales y nacionales; así como, los recursos personales y colectivos de los cuales dispongan. Además, esta capacidad de ejercicio está sujeta a la oferta de servicios a los que la mujer pueda acceder para ejercer sus derechos. En este artículo, intentamos mostrar cómo las relaciones de poder entre culturas y entre géneros influye en la salud sexual y reproductiva, y cómo los servicios de salud pueden transformarse en espacios de negociación de intereses para promover la igualdad de condiciones, el ejercicio de derechos y el acceso a una adecuada atención de la salud sexual y reproductiva.

El Perú, siendo un país en vías de desarrollo con una distribución desigual de las riquezas y los recursos disponibles entre los segmentos sociales y geográficos de la población, enfrenta el reto de remediar las brechas en cuanto al acceso a los derechos a la salud, al bienestar y a los avances de la ciencia y la tecnología que dividen a sus ciudadanos/as.

En un esfuerzo por implementar el Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en el Cairo, el Ministerio de Salud (MINSA) inició el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar; incorporó en su formulación el concepto de salud reproductiva y calidad de atención, y dejó de lado las metas exclusivamente demográficas. Este nuevo enfoque en la política de salud pública, además de involucrar

el bienestar de las personas, aspira a la autodeterminación de mujeres y hombres respecto a su vida sexual y reproductiva. Se va más allá de la prevención o tratamiento de la enfermedad y se concibe la salud reproductiva como parte del desarrollo humano con equidad de género, de condición económica y de etnicidad.

El movimiento de mujeres en el Perú y el resto de América, impulsor del proceso de cambio en el sector salud, plantea una perspectiva de una ciudadanía activa, que establezca nexos entre participación, empoderamiento y condiciones que garanticen la práctica de los derechos de quienes usan los servicios públicos.

En los últimos tiempos, se observa un proceso de descentralización del sistema de salud pública; éste ha mejorado sus servicios a través de una mayor participación de las comunidades locales. Resulta muy poco el tiempo para evaluar su eficacia, pero parece que responde mejor a las demandas de los/as beneficiarios/as y constituye una oportunidad para institucionalizar el control y la fiscalización de los servicios públicos por parte de la ciudadanía.

DIVERSIDAD, INTERCULTURALIDAD Y CONOCIMIENTO.

En el mundo, casi todos los países son multiculturales y pluriétnicos, pero no todos tienen la riqueza cultural y étnica que la mayor parte de los países latinoamericanos poseen. Sin embargo, el recurso del conocimiento y entendimiento se minimiza o ignora favoreciendo un modelo o paradigma occidental-industrial-urbano-masculino-blanco.

En las últimas décadas han surgido teorías y prácticas que aproximan el desarrollo o la falta de desarrollo a la experiencia de la población involucrada. Los proyectos propuestos desde la perspectiva de los "usuarios" de los servicios y recursos ofrecidos, toman en cuenta la cultura local y buscan la participación de la población; a veces, apoyan el proceso mediante el cual la población formula sus necesidades a los proyectos o programas.

Uno de los aportes más importantes de estas teorías es la incorporación de un "enfoque diferenciado" que enfatiza el impacto de las condiciones de edad, etnicidad, clase social y género sobre la experiencia de la pobreza, los cambios sociales y culturales, la salud, la crisis medioambiental, la marginación, la participación y el desarrollo personal

La pluriétnicidad y la multiculturalidad del Perú aporta matices especiales a los procesos de construcción de conocimiento. Aquí se cuenta con una gran riqueza de información. En el contacto y convivencia de los grupos sociales e individuos, los distintos puntos de vista tienden a integrarse. El contacto e intercambio entre distintos sistemas de conocimientos o culturas producen nuevos conocimientos mejor adaptados y más útiles a nuevas condiciones de vida en situaciones de cambios sociales y ambientales.

En el área de salud, las poblaciones nativas poseen una gran riqueza de conocimientos propios caracterizada por una visión holística de la salud humana; por el conocimiento farmacológico de sustancias vegetales y animales; por las prácticas curativas que integran la experiencia psicológica, la cosmovisión y lo biofísico a través del uso de alucinógenos, por ejemplo.

La depredación de los recursos naturales, particularmente la deforestación; la penetración de la economía monetaria; la oferta de fármacos industriales y servicios de

salud; la migración hacia centros urbanos son factores que conducen hacia una progresiva integración de los sistemas de salud tradicional y de salud moderna. Esta integración, sin embargo, se efectúa en términos que originan la desvaloración y la pérdida de los conocimientos y prácticas propias. Además, los derechos intelectuales del conocimiento farmacológico indígena no están adecuadamente protegidos y es fácilmente expropiado por las industrias farmacéuticas y biomédicas.

La interculturalidad es una propuesta que parte de la validez intrínseca de cada cultura y de la posibilidad del intercambio entre culturas y sus integrantes como iguales. La interculturalidad presta sus fundamentos teóricos tanto del relativismo cultural (no existe una verdad universal, sino que cada cultura y cada grupo construyen y validan sus verdades) como del universalismo (hay verdades que son validas para todos; como los derechos humanos universales, por ejemplo). A través del intercambio y el diálogo, las culturas amplían sus horizontes y se promueve la comprensión, el aprendizaje, el respeto mutuo y la cooperación entre ellas.

“La interculturalidad es una apuesta por el respeto a la pluralidad de racionalidades y a la heterogeneidad de formas de vida. Es un reto intentar establecer vínculos horizontales entre personas de culturas diferentes. La voluntad de comprender al otro sin ponerle condiciones posibilita que la *empatía* y la comunicación fluyan superando los obstáculos que se originan en el temor a la apertura y a la inseguridad” (Heise, et al. 1994:50-1).

La interculturalidad propone una transformación de las relaciones de poder a favor de la existencia de una diversidad cultural, de relaciones horizontales y de la construcción compartida de conocimientos.

El intercambio y el diálogo entre culturas está sujeto a las relaciones de poder y de estatus, y al acceso a los recursos entre los grupos sociales involucrados. Es decir, los intercambios culturales no se rigen por otros principios que la mera motivación, la apertura y las necesidades de los grupos sociales y los individuos.

Los conocimientos sociales y científicos que conforman la base de una cultura se construyen socialmente, no son una representación de un mundo objetivo. Conocimiento y poder están interrelacionados.

“no existe relación de poder sin la constitución correlativa de un campo de conocimiento, ni conocimiento alguno que no presuponga y constituya al mismo tiempo relaciones de poder.” (Foucault, 1979:27).

Si bien es cierto que el proceso de construcción y resignificación de conocimientos es un proceso espontáneo y propio de la naturaleza humana; la desigualdad social, la desigualdad entre grupos étnicos o culturales o la desigualdad de género condicionan el acceso a la información y a la tecnología, la creación de nuevos conocimientos y su aplicación en la práctica y, finalmente, la legitimación y aceptación de un conocimiento cultural como una verdad generalizada.

El conocimiento no es el simple reconocer o descubrir la esencia preexistente de una cosa o situación, también es la práctica del derecho a creer y la justificación social de una creencia u opinión que se relaciona con los intereses humanos. No es relevante que el conocimiento sea verdadero o falso; pero sí, legítimo o ilegítimo para un conjunto

particular de relaciones de poder. Cuando se producen cambios en las relaciones de poder, se producen cambios en el conocimiento o en su uso moral y práctico dentro la sociedad; además el conocimiento es potencialmente liberador. La convicción de los integrantes de una comunidad de que su patrimonio del saber tiene valor moral y práctico forma la médula de la defensa, de la sobrevivencia y del desarrollo de una cultura minoritaria.

El conocimiento así entendido, se construye y se legitima en el intercambio entre personas, hombres y mujeres de la misma o de diferentes culturas. En la vida cotidiana, la conversación es la manera básica de construir y revisar los conocimientos. En el diálogo cotidiano los individuos se informan, contrastan, resignifican y legitiman sus conocimientos continuamente.

GÉNERO, SEXUALIDAD Y EMPODERAMIENTO.

El acceso a servicios, la experiencia y las necesidades con relación al cuerpo y la salud son diferenciados por género y mediatizados por los sistemas de éstos vigentes en cada sociedad. Por género entendemos los significados, valores sociales y culturales otorgados a las diferencias biológicas empíricamente observables entre los sexos. El género es un criterio más de organización social y universal como la edad, inclusive en sociedades poco diferenciadas internamente.

Cuando hablamos de las relaciones de género nos referimos a las maneras cómo las sociedades y culturas estructuran la interacción entre las categorías sociales de “hombre” y “mujer” en un marco de distribución de poder, prestigio, responsabilidades, tareas y beneficios.

Hablamos de “sistemas de género” para indicar cómo una sociedad o cultura estructura las relaciones de género, cómo las transmite a todas las esferas y niveles de la vida social, interactuando en una dinámica social comprensiva que da prioridad y refuerza determinados resultados. A pesar de que una dinámica social es un concepto abstracto y no tiene una intencionalidad como la podría tener un individuo o un grupo de individuos, el conjunto de mecanismos y actores originan procesos sociales de continuidad y cambio caracterizados por un alto grado de consistencia y probabilidad, tal como si fuera un sistema. Los sistemas de género son análogos a otros sistemas de diferenciación social.

Algunos aspectos son materiales (roles, intercambios), mientras que otros son claramente simbólicos (valores, prestigio). Están marcados por diferencias, desigualdades e injusticias manifestadas en la experiencia de vida de cada individuo y que responden a procesos continuos de negociación, transacción, reacomodo y un volver a dar significados a ciertos conocimientos. Los hombres y las mujeres tienen intereses compartidos y opuestos, éstos son negociados por los actores, los cuales dirigen complejos procesos de intercambios estratégicos hacia múltiples objetivos.

La sexualidad y los cuerpos son el territorio, por excelencia, de la transacción y la negociación de los intereses compartidos y opuestos de hombres y mujeres. Los resultados se encuentran expresados en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y , también, en la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Para mejorar la salud sexual y reproductiva es importante conocer los roles que tienen el cuerpo y la sexualidad en las vidas y las sociedades de las mujeres y hombres, desde la perspectiva de las relaciones de género y desde un contexto social más amplio. Así se podrá entender las ideas y prácticas relacionadas a la salud y la enfermedad. Un marco de análisis debe tomar en cuenta la diversidad de significados culturales, la subjetividad individual y los intereses articulados de poder que organizan y manipulan el sentido dado a la sexualidad, al cuerpo femenino y masculino y a los actos sexuales en sí. Tal vez, la influencia social más profunda proviene de los roles de género prescritos: normas y valores sociales que determinan el poder relativo, las responsabilidades y las conductas de mujeres y hombres. Dado que los roles sexuales generalmente refuerzan un desequilibrio de poder entre hombres y mujeres, la experiencia individual probablemente expresa también ese desequilibrio. Estos roles imponen un marco de referencia que, en el mejor de los casos, deja a las mujeres y a los hombres mal preparados para tener relaciones íntimas mutuamente satisfactorias (Zeidenstein y Moore, 1999:3).

Investigaciones sobre los sistemas de conocimiento del cuerpo demuestran que el poder es una dimensión clave en la construcción cultural del conocimiento médico y que los sistemas de éste tienden a reproducir desigualdades y jerarquías en la sociedad mediante el “naturalizar” y “normalizar” las desigualdades a través de conceptos e imágenes del cuerpo (Ver: Anne Larme. 1998. Social Science and Medicine .Vol 47, no.8 para el caso andino). A través de este mecanismo se clasifica ciertas interpretaciones culturales como si fueran hechos biológicos o del orden de la naturaleza, de manera que la desigualdad de género se “explica” por las diferencias biológicas entre los sexos. Unos ejemplos del “naturalizar” desigualdad de género son: “por naturaleza, los hombres son agresivos y las mujeres pasivas”, “los hombrecitos son más despiertos”, “cuidar a los demás es parte de la naturaleza femenina”, “los hombres no pueden controlar sus necesidades sexuales”, “la sangre de la menstruación es mala y contaminante”, “la mujer está hecha para dar a luz”, etc.

Esta perspectiva -la relación legitimadora entre conocimiento médico y desigualdad de género, es importante para entender cómo se recibe nueva información y las capacitaciones, cómo la interpretan y cambian su significado los hombres y mujeres que conforman la población beneficiaria. Los conocimientos y valores tradicionales sobre el cuerpo con relación a la sexualidad y la reproducción son el fundamento de la creación y de la transmisión de nuevos conocimientos necesarios para el aumento y la introducción de prácticas saludables.

Al mismo tiempo, los cambios en los sistemas de conocimientos preexistentes pueden modificar la postergación de la mujer en las relaciones de género. En la medida que los conocimientos sobre los cuerpos femeninos y masculinos son una forma de reflejo de las relaciones de poder entre mujeres y hombres, éstos indican cómo se desarrollan los cambios en los sistemas de género. Es decir, la manera de entender el cuerpo femenino y masculino, así como su salud, es a la vez producto y generador de las relaciones sociales que la sostienen.

Se puede tipificar la relación entre hombres y mujeres como una relación de “conflicto cooperativo” o “cooperación conflictiva”; es decir, una relación en la cual se negocia en medio de condiciones de interdependencia y de intereses propios de cada género. Por lo general, en la práctica cada actor social identifica con cierta facilidad su propio interés y la justicia de los intercambios. El mayor problema está en el “cómo” se negocia. ¿Con

qué peso y a través de qué mecanismos se introduce una propuesta o una demanda en una dinámica de negociación? Los procesos de negociación involucran reglas y procedimientos para la toma de decisiones que introducen oportunidades y riesgos para alcanzar una mayor igualdad entre los géneros.

Aumentar los recursos individuales o colectivos altera las condiciones de negociación y puede culminar en la toma y ejecución de decisiones más o menos justas. Aumentar los recursos para las mujeres (educación, leyes contra la violencia familiar, refuerzo de organizaciones de mujeres, etc.) debería de determinar mejores condiciones en la negociación de sus demandas; así como, decisiones que promuevan la equidad de género y la salud (particularmente, la salud sexual y reproductiva). El proceso de fortalecer la motivación y la eficacia de un individuo o grupo en las negociaciones privadas y públicas, a través de la acumulación y apropiación de existentes y nuevos recursos, es una forma de empoderamiento.

DIÁLOGO, NEGOCIACIÓN Y PARTICIPACIÓN: POLÍTICAS PÚBLICAS Y SERVICIOS DE SALUD QUE PROMUEVEN EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

Las políticas públicas y los servicios de salud se ubican en el complejo campo de las negociaciones y transacciones culturales y de género de la población beneficiaria. Su objetivo fundamental es garantizar que la población acceda a los derechos universales de salud, bienestar e igualdad de condiciones. Sin embargo, las políticas públicas y sus servicios responden, entre otros, a los sistemas sociales de cultura y género vigentes. Para evitar que los servicios se vuelvan ineficaces debido a diferencias entre la oferta de éstos y lo que espera la población, se debería buscar vías de participación activa de los beneficiarios/as que garanticen la incorporación de sus demandas culturales y de género; además de facilitar las negociaciones entre hombres, mujeres y corrientes culturales.

A través de la participación se debe establecer el diálogo y la negociación, cuyos objetivos van más allá de asimilar las poblaciones marginales como clientes de los servicios de salud públicos. La participación de la población no sólo debe asumirse como paciente o beneficiaria/o; sino también, como fuente de conocimiento. Ésta es una propuesta realizable. El caso de los recientes cambios en el sistema de salud pública en Bolivia lo demuestra: al constatarse que el 60% de la población boliviana acudía los servicios de los/as curanderos/as tradicionales, se reconoció oficialmente a estos proveedores y se incorporó sus prácticas y medicinas en la oferta de los servicios públicos.

El movimiento de mujeres latinoamericano ha enfatizado el tema de “la calidad de atención” en las políticas de salud reproductiva, involucrando los valores culturales.

La demanda de calidad de atención se ubica en el marco del Estado neoliberal, dentro del cual los beneficiarios son considerados clientes con derechos y poder propios de los consumidores en una situación de mercado libre. Esta calificación está respaldada por las Conferencias Internacionales sobre la Mujer, Población y Desarrollo (y otras) en las que se establece que: “la mejora de la calidad de la atención se puede lograr únicamente cuando este concepto es definido por el proveedor y el usuario de los servicios, y cuando las mujeres participan activamente en la prestación de los mismos. La mejora de la calidad de la atención es necesaria para asegurar que las personas

tengan acceso a la información y los servicios para alcanzar el nivel más elevado posible de bienestar y salud sexual y reproductiva.”

En el Perú, se demanda que en los programas de los sectores público y privado de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, se debería mejorar la calidad de la atención mediante las siguientes acciones:

- Transformar el diseño de los servicios y todos los programas de capacitación para asegurar que sean sensibles a aspectos de género y de la cultura de los/as usuarios/as.
- Garantizar servicios seguros, de precios razonables y convenientes para el usuario, que tomen en cuenta las condiciones particulares de género y etnicidad.
- Asegurar una atención adecuada de seguimiento.
- Asegurar la disponibilidad de servicios conexos, adicionales y complementarios
- Ampliar y mejorar la capacitación de todo el personal de salud, biomédico y tradicional, incluida la capacitación en comunicación intercultural.
- Asegurar que los esfuerzos de motivación y orientación de los proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva estén libres de coerción y respeten la confidencialidad de las personas.
- Promover el control ciudadano, usando sistemas de supervisión permanentes, que incluyan la elaboración de indicadores de calidad propios de la cultura de los usuarios².

A pesar de que el objetivo final de las intervenciones es la mejora de la salud y el bienestar de individuos, las estrategias para lograr los cambios deseados, se apoyan sobre los procesos colectivos. Se propone como ejes centrales de una política para remediar las brechas entre oferta y demanda de los servicios de salud :

- Mejorar las condiciones legales y sociales para ejercer los derechos sexuales y reproductivos.
- Fortalecer la posición de mujeres y de sus organizaciones en las negociaciones de sus intereses.
- Proporcionar los medios materiales e inmateriales necesarios para la participación en la gestión de recursos relacionados con la salud.

El fortalecimiento de los procesos de empoderamiento en el ámbito de las organizaciones de mujeres acarreará como consecuencia un cambio de los estilos de liderazgo y participación en las organizaciones mixtas de la comunidad, haciéndolas más democráticas y participativas; generará condiciones positivas para la negociación y la movilización comunitaria a favorable a los intereses de las mujeres; fomentará la cooperación de los varones en la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Los procesos de empoderamiento individuales y colectivos tienen como resultado una mayor efectividad del grupo para satisfacer necesidades e intereses individuales y colectivos.

² Adaptado de “Calidad de Atención en la Salud Reproductiva: una mirada desde la ciudadanía femenina”. Consorcio Mujer publicado en Lima, 1998:23-4.

Finalmente, el fortalecimiento de las organizaciones de base tiende a incrementar el flujo de intercambios de recursos e información sobre salud reproductiva dentro de las redes sociales de la comunidad. Siguiendo esta lógica el “fortalecer las organizaciones de mujeres” es un objetivo y un instrumento de los procesos de desarrollo y democratización. Es objetivo en cuanto se crean condiciones para que la organización genere beneficios y ,con mayor eficiencia, satisfaga los intereses inmediatos de sus participantes. A través de las organizaciones se puede ofrecer recursos como habilidades, nuevos conocimientos y actitudes hacia las esferas de afiliación e identidad menos permeables, pero más sostenibles, de redes ya establecidas o densamente relacionadas. Servicios de salud sexual y reproductiva que trabajen juntos con organizaciones fuertes de mujeres, que ocupan un lugar prominente en el gobierno de la comunidad, pueden garantizar los servicios correspondiente a los intereses de mujeres y hombres de acuerdo a como son definidos en un contexto cultural particular.

BIBLIOGRAFIA

- Consortio mujer (1998) *Calidad de Atención en la Salud Reproductiva: Una mirada desde la ciudadanía femenina*. Lima: CENDOC Mujer; CESIP, Flora Tristán, Movimiento Manuela Ramos.
- Foucault, Michel (1979) *La arqueología del saber*. México: Siglo Veintiuno
- Heise María, Fidel Tubino y Wilfredo Ardito (1994) *Interculturalidad. Un desafío*, Lima, Centro Amazónico de antropología y aplicación práctica (CAAAP)
- Heise, María, Liliam Landeo y Astrid Bant (1999) *Relaciones de género en la Amazonía Peruana*. Lima: CAAAP
- Larme Anne C.(1995) "Enviroment, vulnerability and gender in andean ethnomedicine". En: *Social Science and Medicine*, Vol. 47, No. 8. Gran Bretaña: Elsevier Science Ltd, pp.: 1005-1015.
- Zeidenstein S y Moore, K (eds). *Learning About Sexuality: A Practical Beginning*. New York: The Population Council and the International Women's Health Coalition, 1996.