Universidad Autónoma Metropolitana
Plantel Xochimilco

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL

"EL PODER CURATIVO DE MI COMUNIDAD, ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA REGIÓN COSTA-MONTAÑA DE GUERRERO"

PRESENTA: KARLA ANGÉLICA BENÍTEZ ESCOBAR

DIRECTOR DE TESIS: ALEJANDRO CERDA GARCÍA

México, D.F. Enero de 2015.

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi profundo agradecimiento a todas las personas e instituciones que me apoyaron que en este proceso de enseñanza-aprendizaje.

En primer lugar gracias a la UAM-Xochimilco y a la Maestría en Medicina Social, que estuvo enriqueciéndome con sus enseñanzas, sus conocimientos y experiencias valiosas que hicieron posible concluir este ciclo a todos mis profesores y profesoras, en particular a Oliva López, Ángeles Garduño, Catalina Eibenschutz, Alberto Rivera, Edgar Jarillo y con cariño especial a Arturo Granados y a Sol Rojas. También a CONACYT por apoyarme en concluir esta investigación

También a mi comité tutorial por todas las enseñanzas y acompañamiento que me ayudaron con sus agudas observaciones a pulir este trabajo, muchas gracias a Alejandro Cerda, Consuelo Chapela, que me monitorearon minuciosamente; pero especialmente a Lina Berrio y a Joaquín Flores por el doble esfuerzo de transformar experiencias prácticas compartidas en un trabajo académico.

A mis compañeros del grupo de maestría, especialmente a las amigas Paola Cabello, Cecilia Aguilar, Fernanda Oropeza, Rocío Flores, Citlalli López, gracias a todas por su honestidad, su amistad y alegría constantes; a Cynthia Monter, Sebastián Medina y Roberto Caro por su complicidad en la aventura de la salud intercultural.

A mis familia, que siempre ha estado apoyándome en todos mis caminos, mis mamá Conchita Escobar, a mi padre Luis Benítez por hacer el gran esfuerzo de compartir mis sueños, a mi hermoso hijo Camilo por resistir mis ausencias, mis presencias a medias y mis viajes… siempre a mi lado, a mis hermanos Luis y Sebastián que han crecido conmigo en todos los aspectos. A mi tía Rosa María Escobar por su amor infinito, mis primas Gaby, Martha y toda mi amada familia que cuidaba de Camilo en los constantes viajes que implicaron este trabajo. También a la familia de Camilo: la Sra. Concepción Agundis, David y Mayela Córdoba por las redes de cuidado hacia mi hijo mientras yo viajaba.
A Jesús Nieto, por tu devoto acompañamiento que con paso de los años se valora más, por los mapas en este trabajo, los viajes y tu incondicionalidad en mis aventuras.

A las personas de Guerrero de instituciones comunitarias que arroparon mi interés por compartir la mirada comunitaria: a Kinal Antzetik D.F., a Kinal Guerrero, Manos de Mujeres Unidas, a UNISUR, al Hospital de la Madre y el Niño Guerrerese de Tlapa, a las Jurisdicciones Sanitarias de la Costa y Montaña y todo el personal que colaboró en esta investigación.

Especialmente quiero agradecer a todos los actores sociales que cuidaron de mí, me apoyaron y estuvieron al tanto de mí en el proceso de investigación, convirtiéndose en amigos y compañeros: A Gema Jiménez, a Sibalaume Sánchez, a las Luis Barry y familia, a Valentín Hernández, a Adriana Rivera, a doña Asunción Ponce, a Bernardita Macedonio y su hija Lulú, a Apolonia Plácido, a Hermelinda Tiburcio, a Reyna Bello, Edith Herrera (Edith Na-Savi), al Doctor Jorge Vázquez y familia, a Catalina Carreño,

Tere, Martiniano, Sebastián, Analí y todos los promotores y promotoras de salud de la región, a los Comandantes de la CRAC-PC: Claudio Carrasco, Salvador, Felícitas, Don Max y toda la gente valiente del territorio comunitario.
A los maestros de Tlapa; Prof. Ebodio Malpica, Prof. Celso, Nguyen y sus familias en Tlapa, A la Dra. Lilián Chévez y el Dr. Paul Hersch.
A mis amigos y amigas que luchan por los Derechos Humanos: Médico Bertoldo Martínez, Mario Martínez, Yolanda Analco, la profesora Florentina Rosario y familia tanto en Chilpancingo como en Cruz Grande. Al querido Raymundo Díaz Taboada y familia del Colectivo Contra la Tortura y la Impunidad, a Oli, Dr. Javier Enríquez, a Juventina Nicolás, Edith, Felicitas True, Ricardo Loewe, Mónica Mexicano y Patricia Cruz. Al Sacerdote Mario y al Centro de Derechos Humanos de la Montaña, Tlachinollan., a las compañeras de la OPIM y a toda la gente que me facilitó el acceso a casos de Derechos Humanos, a las compañeras hermosas de Ometepec.

A los compañeros que comparten investigación en la región: Teresa Sierra, Ana Arteaga, Jaime Quintana, Florencia Mercado, Meyatzin Velasco, Carolina Torres, Manuel Cardoso y con especial afecto a María Luisa Camargo (Luvina) por su trabajo con las mujeres mixtecas por enriquecer el debate y el trabajo de campo.
A la Brigada Callejera Elisa Martínez, (a la valiente Elvira Madrid y a Jaime Marmolejo), a Ricardo Montejano, Sergio Ferrer y con especial cariño a mis compañeros del colectivo La Otra Salud: Martha Piña, Javier Andrade y mi amigo Gerardo Florencio, que me enseñaron la posibilidad de construir otra salud desde abajo y a la izquierda, también a Emmanuel Santos y Edgar Bautista por enseñarme esta maestría. A mis estudiantes y colegas del grupo de pedagogía SEP, por ser un fresco manantial de enseñanzas y complicidades.

A la banda contingente y amorosa de siempre que me ama y acompaña en toda mi historia: Ulises Casado, Georgina García, Dalia Lozano, Alejandro Marín, Omar Pérez, Esperanza Campos, Marlen Ángeles, Blanca Susana Chávez, Yiria Escamilla, Luis Alberto Costales, Sonia López, Arturo Álvarez , Inés Montarcé, Elizabeth Balladares, Valentina Herrera, Pablo Dorantes, Tere Cordero, Xóchitl Velázquez, Vìctor Alaniz, Lesly Barón, Yazmín Ornelas, Minerva Cuevas, Georgina Arriaga, Ángel Custodio, Mauricio León, Rey Venegas y todos mis amigos y amigas que me apoyan en mis procesos. Gracias por atender mis crisis en medio de tantos aprendizajes y por caminar a mi lado.

A la banda del hacker-space Rancho Electrónico por los talleres, las enseñanzas, la paciencia con los mapas, muchas gracias Jimbo, Ek, Maye, Sam, Ehécatl, El Vecino, Pirra, Xelhua, y por supuesto Emilia y Lothar, gracias por su técnica.

Índice de contenido

INTRODUCCIÓN GENERAL....8
I.- Contexto y situación social....10
II.- Preguntas y objetivos:....17
III. Enfoque: 18
IV.-Enfoques teóricos:....19
V.- Metodología y método....21
Método para seleccionar la información de los casos informantes:....22
Acceso a los informantes....23
Instrumentos y registros....25
Elaboración de la información....25
Método de análisis....26
Analizadores....26
Problemas metodológicos....26
Reflexividad y consideraciones éticas....27
VI.- Presentación de la comunicación:....28
CAPÍTULO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y AUTONOMÍA....31
1.1.- El carácter político de la promoción de la salud....32
1.2.- Políticas públicas y acceso a la salud....37
1.2.1- Exigibilidad, justiciabilidad y derecho a la salud 39
1.3.- Promoción de la salud y sus concepciones....42
Cuadro 1: Enfoques de la Promoción de la Salud que se practican en la región por diversos actores sociales....44
1.3.1.- Promoción de la Salud Institucional 45
Cuadro 2: Características del promotor de salud institucional. 46
1.4.- Promoción de la salud emancipadora desde la medicina social....48
Cuadro 3: Características del Promotor comunitario....51
Cuadro 4: Seis dimensiones de una definición para la salud a partir de la tesis de Chapela..52
1.4.1.El papel de la educación popular en la Promoción de la Salud emancipadora. 55
Cuadro 5: Comparativo de Programas de estudio tradicional y emancipador....58
1.4.2.- Ciclo de Smyth....59
Diagrama 1: Ciclo de Smyth (1989)....60
1.5.- Promoción de la salud intercultural....61
1.5.1.- Interculturalidad que produce comunalidad: juwáa majaa -tlapaneco- (vivimos en paz) / ka tuku yo va´a -mixteco- (estamos bien)....66
1.5.2.-Territorio, lugar y teoría crítica de-colonial....67
Cuadro 6: Dimensiones de la enfermedad 70
1.6.- Autonomía, emancipación y resistencia....71
1.6.1. Necesidad de autonomía en Doyal y Gough....74
1.6.2.- Agentes sociales....76
1.7.- Debates epistémicos necesarios para explicar la práctica de Promoción de la Salud Intercultural....78

1.8.- Conclusiones del capítulo.....81
CAPÍTULO 2: CALEIDOSCÓPICA MONTAÑA GUERRERENSE 83
Mapa 1: Región Costa-Montaña de Guerrero.....84
2.1.- Perfil epidemiológico regional.....86
Cuadro 7: Presencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles entre las diez principales causas de morbilidad en la región Montaña 88
Cuadro 8: Presencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles entre las diez principales causas de mortalidad en la región Costa Chica.....89
Cuadro 9: Presencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles entre las diez principales causas de mortalidad en la región Montaña 91
Cuadro 10: Presencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles entre las diez principales causas de morbilidad en la región Costa Chica 92
Cuadro 11: Muertes por homicidio violento en los años de 2004 a 2012 en Guerrero, Mujeres y Hombres.....96
Cuadro 12: Porcentaje de mujeres violentadas en el ámbito comunitario por el tipo de agresor.....97
2.2.- Infraestructura de salud regional.....99
Cuadro 13: Unidades de salud por región.....99
Cuadro 14: Municipios divididos por Jurisdicción sanitaria.....100
Mapa 2: Unidades Médicas en la Región Montaña.....101
Mapa 3: Unidades Médicas en la Región Costa Chica.....102
Mapa 4: Derechohabientes en las Jurisdicciones Costa-Chica y Montaña.....104
2.3.- La ausencia de política sanitaria digna en Guerrero.....106
2.4.- Actores políticos y sociales construyendo autonomía en la Costa-Montaña.....108
2.5.- Historia de la región luchando por el territorio.....115
2.6.- Relaciones entre el Gobierno autonómico regional y los gobiernos federal y estatal: 117
2.6.1.- Prácticas de instituciones del gobierno federal que hacen promoción de la salud. 121
2.7.- Conclusiones del capítulo.....125
CAPÍTULO 3: LAS PROMOTORÍAS EN SALUD DE LA REGIÓN COMO AGENTES SOCIALES.....126
3.1.-Elementos de análisis de la práctica de las promotorías 127
Cuadro 15: Elementos de la práctica de Promoción de Salud.....127
3.2.- Yo me convertí en promotora cuando.....127
3.2.1.- Promotoría de la Comisión de Salud de la CRAC-PC.....128
3.2.2.- La historia de Doña Asunción Ponce Ramos.....130
3.2.3.- Kinal Antzetik (Tierra de mujeres) -tzeltal-.....137
3.2.4.- La historia de Apolonia Plácido Valerio.....140
3.2.5.-UNISUR (Universidad Intercultural de los Pueblos del Sur). Licenciatura en salud comunitaria. 189
Diagrama 2: organizaciones de salud y sus relaciones.....192
3.2.6.-La historia de Bernarda Macedonio.....192
3.3.- Elementos emancipadores en estas promotorías: 195
Cuadro 16: Acciones emancipadoras de promoción de la salud.....196
3.4 Conclusiones del capítulo:.....198
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE LAS PRÁCTICAS DE PROMOCIÓN DE SALUD.....199
4.1.- Ejes transversales en la práctica de promoción de la salud 199
4.1.1.- El patriarcado: 200
4.1.2.- Las ausencias en el tema del auto-cuidado comunitario:.....200
4.2.1.-Extensión.....201
4.2.2.- Amplitud 202

Mapa 5: Zona de influencia de las promotorías en la región:.....203
4.2.3.- Profundidad:.....206
4.2.5.- Impacto: 216
4.2.6.- Efectividad: 219
4.2.7.- Sustentabilidad:.....220
4.3.- Práctica médica colonial:.....221
4.3.1.-Asimetría en la relación curador-paciente: 222
4.3.2.-Participación subordinada de los consumidores y tendencia a la exclusión de los otros de su saber y prácticas curativas: 222
4.3.3.-Legitimación comunal de una determinada racionalidad técnica aplicada a las actividades curativas.....224
4.4.- Obstáculos de la participación comunitaria en salud.....225
4.4.1.- Medicalización institucional exacerbada: 225
4.4.2.- Prácticas sexistas por ideologías de género, alcoholismo y violencia comunitaria.....227
4.4.3.- Ausencia de auto-cuidado.....232
4.4.4.- Violencia comunitaria.....235
Diagrama 3: Gráfica de obstáculos en la práctica de la promoción de la salud comunitaria.....236
4.5.- Fortalezas de la participación comunitaria en salud.....237
4.5.1.- Nuevas redes sociales y prácticas emancipatorias.....238
4.5.2.- Creatividad y bilingüismo.....239
4.5.3.- Capacidad de autogestión.....239
4.7.- Conclusiones del capítulo.....242
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES.....245
5.1.-Lo que hay que fortalecer.....248
5.2.- Tareas pendientes y sugerencias de acción en Promoción de la Salud:.....250
5.2.1.- Para las comunidades:.....250
5.2.3.- Para las organizaciones ciudadanas de salud.....252
5.2.4.- Para las promotoras comunitarias de salud.....254
5.3.- Reflexiones finales.....256
FUENTES.....261
Bibliografía.....261
Mesografía.....273
ANEXOS 277
ANEXO AGENTES Y TÉCNICAS.....278
Cuadro I: agentes internos y externos.....279

Índice de cuadros, diagramas y mapas

Cuadro 1: Enfoques de la Promoción de la Salud que se practican en la región por diversos actores sociales.....40
Cuadro 2: Características del promotor de salud institucional.....43
Cuadro 3: Características del Promotor comunitario.....48
Cuadro 4 : Seis dimensiones de una definición para la salud a partir de la tesis de Chapela.....49
Cuadro 5: Comparativo de Programas de estudio tradicional y emancipador.....55
Cuadro 6: Dimensiones de la enfermedad.....68

Cuadro 7: Presencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles entre las diez principales causas de morbilidad en la región Montaña.....86
Cuadro 8: Presencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles entre las diez principales causas de mortalidad en la región Costa Chica.....87
Cuadro 9: diez principales causas de mortalidad en la región Montaña.....89
Cuadro 10: diez principales causas de morbilidad en la región Costa Chica.....90
Cuadro 11: Muertes por homicidio violento en los años de 2004 a 2012 en Guerrero, Mujeres y Hombres.....95
Cuadro 12: Porcentaje de mujeres violentadas en el ámbito comunitario por el tipo de agresor.....96
Cuadro 13: Unidades de salud por región.....98
Cuadro 14: Municipios divididos por Jurisdicción sanitaria.....99
Cuadro 15: elementos de la práctica de Promoción de Salud.....134
Cuadro 16: Acciones emancipadoras de promoción de la salud.....167
Cuadro I : Agentes internos y externos.....242

Diagrama 1: Ciclo de Smyth……..…….....57
Diagrama 2: organizaciones de salud y sus relaciones.....163
Diagrama 3: Gráfica de obstáculos en la práctica de la promoción de la salud comunitaria.....200

Mapa 1: Región Costa-Montaña de Guerrero……..... 82
Mapa 2: Unidades Médicas en la Región Montaña.....100
Mapa 3: Unidades Médicas en la Región Costa Chica.....101
Mapa 4: Derechohabientes en las Jurisdicciones Costa-Chica y Montaña.....106
Mapa 5: Zona de influencia de las promotorías en la región:.....…175

INTRODUCCIÓN GENERAL

El propósito de esta investigación es comunicar los efectos de las prácticas de promoción de la salud en la población de las comunidades de una región que construye su autodeterminación regional en la Costa-Montaña de Guerrero.

La salud como todos los Derechos Humanos en un contexto neoliberal, se vuelve una condición privilegiada para la mayoría de las personas. La concepción actual de la salud entendida como mercancía asequible sólo a quienes puedan pagarla, exhibe un patrón de

desigualdad que flagela a la mayoría de habitantes del planeta; esta concepción de salud se extiende a las prácticas y discursos hegemónicos que regulan la Promoción de la Salud. Sin embargo en la región de la Costa-Montaña del estado de Guerrero, se observan espacios ciudadanos de construcción de experiencias alternativas en salud que conoceremos a través de esta investigación.

Para introducir este trabajo, comparo la imagen de esta hermosa región ubicada al suroeste del país, con las producidas por un caleidoscopio por sus bonitas y cambiantes representaciones. Así es la región con sus diversos ecosistemas, climas y exuberante geografía, que en un lugar se caracteriza por la frescura del bosque y pocos kilómetros adelante te lleva a la cálida costa. Este vasto territorio que es rico en recursos naturales, pero contrastantemente pobre en infraestructura y economía; tiene la peculiaridad de ser la cuna de uno de los proyectos autonómicos más emblemáticos de procuración de justicia indígena y de autonomía comunitaria: la Coordinadora Regional de Autoridades Comunitarias, con su sistema de Policía Comunitaria.

La movilización ciudadana ha caracterizado al estado de Guerrero, como su manera de obtener ganancias en la procuración de justicia y la exigibilidad de Derechos. Y en ese sentido, el derecho a la salud también ha estado vinculado a procesos colectivos de acción ciudadana para conseguir logros en estos rubros. Las colectividades humanas en esta región han tomado la decisión de hacerse cargo de su salud, haciendo válida una de las premisas más importantes de la Carta de Ottawa, (1986) documento producto de la Primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, que estableció las áreas de

actuación prioritarias en Promoción de la Salud: creando ambientes que favorezcan la salud y reforzando la acción comunitaria. Estas acciones han detonando procesos que han modificado la relación entre el Estado y la ciudadanía, valiéndose de la Educación popular y la participación comunitaria.

I.- Contexto y situación social

La población de la región, ha vivido abandono político por parte del gobierno mexicano, a través de toda su historia, de modo que la población ha interpelado al Estado Mexicano, cuestionándole el incumplimiento de la protección del derecho de los ciudadanos y ciudadanas de esa región del país.

Pese a la firma de tratados nacionales e internacionales[1], de respeto a los pueblos indígenas, el Estado Mexicano ha desdeñado las formas de autodeterminación de los pueblos indios no sólo en la región, sino en todo el territorio nacional[2] combatiendo todas las expresiones de autonomía tales como: la impartición de justicia, la cultura, la lengua y en general su existencia. Esta situación ha generado una resistencia muy significativa, que se ha reflejado en acciones de descolonización ideológica, de defensa del territorio, de política comunitaria, de acceso a la justicia, de atención a la salud y de sentido de la vida.

Esta resistencia deviene de la necesidad humana de construir futuros viables[3] de los pueblos indios de la región, quienes no se han resignado a esta forma de vida que les ha producido mucho sufrimiento y han tenido la creatividad para re-construirse de otra forma en estos intersticios de supervivencia y resistencia ante el abandono en política social, educación y salud. Siendo uno de los más urgentes el ámbito de atención a la salud, puesto que durante más de una década, Guerrero sigue siendo el estado que produce más

---

1

El gobierno mexicano ha firmado el convenio 169 de la OIT sobre pueblos indios, los Pactos de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Civiles y Políticos de la ONU, así como la Declaración Sobre los Derechos de las Minorías pertenecientes a minorías nacionales, étnico-religiosas o lingüísticas, y que además ha ratificado en la propia Constitución Mexicana, en el artículo segundo, donde reconoce el carácter pluriétnico de la nación. Cfr Hernández, 2009.

2 Como propuesta del Ejército Zapatista de Liberación Nacional, en 1996 se conforma en Congreso Nacional Indígena, deliberando en Octubre de 1996 y como resultado de este encuentro, se firmó la Declaración "Nunca más un México sin Nosotros", denunciando la exclusión histórica del gobierno mexicano hacia los pueblos indios de México y exigiendo el respeto a la libre autodeterminación de los pueblos, que previamente el gobierno mexicano había firmado en los Acuerdos de San Andrés Sakam'chen de los pobres, Chiapas. Cfr. Sarmiento, 2004.

3 Chapela, (2008) plantea que las comunidades ejercen su salud como una capacidad humana, no sólo como ausencia de enfermedad, sino como una potencialidad de sus capacidades humanas creativas, posibilitando el ejercicio de diseñar futuros viables, así como la construcción de estrategias creativas para alcanzarlas.

muertes maternas a nivel nacional (GIRE, 2007).

En ese orden de ideas, la búsqueda por exigibilidad y justiciabilidad ciudadana no sólo ha impactado la construcción de sistemas de justicia comunitaria sino que también en el ámbito de la salud se han tenido acciones colectivas que tienden a construir la salud que pueblos de la región necesitan. De manera muy singular, las mujeres se han organizado para exigir el cumplimiento al derecho a la salud y así han incidido en procesos políticos regionales y nacionales, que han hecho que la comunidad internacional conozca las ausencias y las inequidades existentes en las políticas públicas de salud que prevalecen en el estado de Guerrero.[4]

La gente del territorio[5] se ha involucrado en construir condiciones salutogénicas[6] y se han apoderado de la capacidad de construir políticas públicas saludables a través de la promoción de la salud. Desde el enfoque crítico, destaco el papel de la promoción de la salud emancipadora (Cerda y Chapela, 2010) así como de la educación liberadora (Freire, 1969, 1979, 1982; Barreiro, 1974; McLaren, 2001) como detonadores de organización en acciones colectivas en salud que las comunidades de la región han llevado a cabo en el territorio de la Costa-Montaña; mismas que, con el paulatino paso del tiempo, se ven reflejadas en proyectos de salud y resistencia para los pueblos de la región.

En mi práctica como participante de organizaciones de derechos humanos y de salud, el tema de los pueblos indios en la búsqueda por construir justiciabilidad en salud atrapó mi interés por la compleja amalgama de factores que integra: la geografía específica de la región, los agentes políticos en la construcción de la auto-determinación indígena, pero sobre todo por la construcción de acciones colectivas en salud, las que, pese a la desigualdad económica, los obstáculos de las instancias de salud para impartir el servicio; o la permanente pugna de instancias judiciales del Estado Mexicano con las instituciones comunitarias, construyen salud en la región, entendiendo el concepto de salud como

[4] Como lo documentan los trabajos del Observatorio de mortalidad materna en México, que organizaciones de mujeres como Kinal Antzetik, Noche Sihuame, Manos Unidas de Mujeres y otras organizaciones de la sociedad civil que vienen monitoreando la razón de muerte materna en México, que en Guerrero ha tenido el primer lugar a nivel nacional desde hace más de una década. Ver por ejemplo: Espinosa, 2003; Freyermuth y Sesia, 2009.

[5] El concepto de territorio lo abordaré a profundidad en el capítulo dos, el cual para fines de este trabajo no sólo dará cuenta del aspecto geográfico, sino que integra también lo simbólico, comunitario y político de la región.

[6] Colomer y Álvarez-Dardet (2001) definen el término salutogénico como: las condiciones que generan salud en sí misma y la promueven, más allá del enfoque que considera la salud como ausencia de enfermedad, o lo patogénico (la visión centrada en las causas de enfermedad)

capacidad transformadora humana.[7]

Vinculando la Promoción de la Salud como actividad creadora que forma parte del campo de la cultura (Chapela: 2007), con la cultura organizacional de los pueblos indios como parte de su resistencia política ante la hegemonía global, (Flores: 2007) se produce resistencia política. Esta resistencia se da ante las políticas etnofágicas[8] y coloniales con las que las agencias internacionales transfieren ideología neoliberal, que con sus normas amorales conciben a la salud como una mercancía, a la que sólo tengan acceso quienes puedan pagar por ella; no como un derecho humano inherente a la colectividad (Díaz-Polanco, 2007).

Actualmente los estudios sobre la incidencia de actores sociales en políticas en salud en la región son escasos. Ejemplo de esos trabajos son: Berrio, (2010) que reflexiona sobre el pluralismo médico en la región de la Costa-Montaña; Freyermuth y Sesia, (2009) reflexionando sobre la problemática de muerte materna en la región; y Hersch (2003) hablando de actores sociales y herbolaria. Existen también trabajos enfocados a procesos de organizaciones de mujeres, como los de Espinoza, Sánchez y Dircio, (2010); Espinoza (2013); y los de incidencia en políticas públicas, Díaz (2007). Los trabajos más abundantes se enfocan a las acciones higienistas de las instituciones de salud del Gobierno Federal, han denominado “salud intercultural”. Dichas prácticas no tienen un fondo de transformación; son acciones cosméticas encaminadas a traducir a lenguas indígenas los nombres de hospitales o que en apariencia denotan inclusión; pero que tienen un fondo excluyente, dado que en sus prácticas cotidianas niegan la atención a población indígena por discriminación, ignorando el enfoque de determinación social en los procesos de salud-enfermedad-atención. (DGPLADES, 2009; ESANUT , 2012). Del mismo modo, también existen los trabajos que abordan la violencia doméstica ignorando el contexto cultural de la región (Paredes, 2005).

Existen algunos otros trabajos que abordan el tema de la salud intercultural, desde la antropología médica [(Castro, 2011; Menéndez, 2008, 1992, 1988, 1983; Campos, 1992, 2004; Lerín, 2004)], pero no se refieren a la problemática específica de la región.

---

[7] Chapela (2003) propone siete tesis para abordar la promoción de la salud desde una perspectiva crítica; de esa propuesta, para fines de este trabajo, yo retomo la cuarta tesis, que dice: que la promoción de la salud como práctica profesional reconoce a los sujetos y facilita su autoconstrucción a través de intervenir en sus relaciones pedagógicas, es decir, en las representaciones que hace “el otro” con respecto a la intervención del promotor/a.

[8] Héctor Díaz Polanco (2007) define como entofagia, a las políticas que buscan “devorar” simbólicamente a las etnias y su cultura, en el marco de la globalización eliminando a estas poblaciones de la faz del mundo, como efecto de la discriminación.

Algunos de estos trabajos se refieren a los procesos de autodeterminación indígena y la búsqueda por el reconocimiento a sus sistemas de justicia como es el caso de la Coordinadora Regional de Autoridades Comunitarias-Policía Comunitaria y su constante lucha ante las instancias del Estado Mexicano. (López, 2009 en Gasparello; Sierra, 2013; Flores, 1998, 2005, 2007; Morales, 2009 y Canabal, 2001, 2004).

En estos trabajos revisados, no se profundiza en las acciones colectivas en salud, ni en la respuesta social organizada, (Cerda, 2010) que incide en la construcción de políticas públicas y que es capaz de interpelar al Estado Mexicano para hacer cumplir el derecho a la salud. (Berrio, 2013; Díaz, 2007). La literatura revisada aborda en general como de las comunidades forman sus propios recursos humanos en salud. (Hersch et al, 2009) o de las acciones en salud pero sin profundizar en las prácticas de estas promotoras. (Espinoza, 2013)

Es difícil documentar con precisión los efectos de la promoción de la salud ciudadana en la región, por el amplio espacio geográfico que abarcan las comunidades, la diversidad de promotorías de salud con su multiplicidad de prácticas, porque la mayoría de las organizaciones no lleva a cabo trabajos de sistematización. Sin embargo, se han venido dando cambios en la praxis de estas promotorías de salud, en lo que se refiere a extensión, profundidad, modalidades, intensidad, impacto y sostenibilidad que dan evidencia de sus avances y retrocesos en el impacto en la salud de la región.

Por otro lado, a partir de las cifras de morbi-mortalidad que muestran las instituciones de salud, se conoce el impacto de estas políticas en salud en el perfil epidemiológico regional, en el que prevalecen alarmantes cifras de muerte materno-infantil, de escasa esperanza de vida y de abandono a la salud. Así mismo de la falta de acceso real a instancias de salud, pese al paradójico aumento de Afiliación al Seguro Popular, que en la práctica, lejos de ser una garantía de atención real, pone en evidencia la ausencia de infraestructura de salud, así como la inoperatividad sanitaria en la región, puesto que para acceder a ser atendido, es un requisito comprobar la ciudadanía y muchas personas en la región ni siquiera cuentan con documentos que la puedan acreditar, al no contar con documentos como: Clave Única de Registro de Población (CURP), acta de nacimiento, ni identificación oficial que es parte de este círculo vicioso de abandono político a la región. (Tiburcio, 2009)

Todos estos elementos nos ilustran con claridad las causas que originan las acciones colectivas, en las cuales las promotoras y su trabajo han incidido en la reducción de cifras de mortalidad, así como en la implementación de leyes de salud pública que regulen de forma más enérgica la atención de las embarazadas, evitando cada vez más la muerte materna.

La singularidad de esta investigación radica en profundizar en el reconocimiento a las acciones populares en salud colectiva y en cómo a partir de procesos autonómicos en salud comunitaria, la gente de la región ha transformado su relación con las instancias de salud, exigiendo su derecho a la salud y tomando en sus manos acciones como la formación de sus propios recursos humanos.

Estas promotorías han visibilizado cuestiones muy relevantes respecto al saber y al poder, en el ámbito de la salud, poniendo en debate la existencia de relaciones de hegemonía-subalternidad que se originan en el paradigma médico positivista y se reproducen en las intervenciones en salud que son asistencialistas, que no se interesan en transformar las condiciones estructurales que producen desigualdad en salud y que están centradas en individuos, más que en colectividades.

En este contexto, deseo destacar el elemento mediador de la participación social en salud (Menéndez, 2004) como un medio para enfatizar la acción pedagógica transformadora de los formadores y formadoras de promotoras[9], quienes han retomado elementos de la educación popular, en una praxis de salud anti-hegemónica, así como una teoría de la salud intercultural que se ha originado al reconocer a los actores sociales como seres dueños de talento transformador, que auto-construyen su futuro en búsqueda de condiciones que producen salud colectiva en el territorio. Como distingue Restrepo (2001), la participación social puede tener dos objetivos, el poder SOBRE (coercitivo) entendiendo este concepto como el empoderamiento individual y el poder CON (igualitario), que construye empoderamiento colectivo.

Las políticas en Promoción de la Salud, se han orientado teóricamente por la Carta de Ottawa, (1984) documento base de la Primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, que ha tendido a la “ciudadanización” de la Promoción de la Salud, entendiendo

[9] Esta tarea, Antonio Gramsci la describe como la acción emancipatoria de los intelectuales orgánicos, que son personajes externos o internos a la región que fomentan intervenciones educativas que tienen la finalidad de construir un enfoque crítico con la comunidad, que sea capaz de detonar procesos de consciencia de clase a través del proceso educativo informal y que sea capaz de resignificar el acto educativo para el pueblo desde una perspectiva de clase (Cantoral, 2011).

esto como el proceso de transición entre la exclusividad del gremio médico y el que las comunidades tomen la salud en sus manos (Restrepo y Málaga, 2001)

Existen otros documentos importantes que han surgido del debate colectivo, tales como la Carta de Yakarta (1997), que cuestionan desde un enfoque crítico la relación entre la mercantilización y la salud, así como las Cartas de Santa Fe de Bogotá, (1992) y la de Nairobi (2009) que recuperan el poder popular en el ámbito de la Promoción de la Salud. Reconociendo la necesidad de crear políticas y alianzas entre la población y las instituciones de salud para incidir realmente en la salud colectiva.

En ese orden de ideas, aunque las instancias de salud nacionales, han adoptado algunas medidas formales para *"empoderar"* a la población, para cambiar sus "estilos de vida", desde una perspectiva individualista. (DGPLADES, 2009). En el fondo, las políticas que prevalecen en la atención a la salud de la población siguen siendo excluyentes y violatorias del Derecho a la Salud, como lo han documentado organizaciones de Derechos Humanos de la región, siendo las instituciones de salud cómplices de omisiones severas, ante casos de: negligencia médica, omisión, discriminación, esterilización forzada causantes de iatrogenias por mala atención. Entre los años 1998 y 2001, 17 tlapanecos varones fueron obligados a realizarse la vasectomía en la comunidad de El Camalote, Ayutla de los Libres Guerrero, por una brigada de la Secretaría de Salud Federal, del Sector 06 Jurisdicción Costa Chica, a cargo del médico Ernesto Guzmán, el promotor Rafael Almazán y la enfermera Mayra Ramos, quienes amenazaron que de no firmar la hoja de consentimiento les retirarían los apoyos económicos del programa PROGRESA. De estos sucesos la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), emitió la recomendación 066/2007, misma que a la fecha no a sido considerada por la Secretaría de Salud de Guerrero, (CNDH, 2007)

Otro elemento que ha caracterizado a las políticas de salud, es la del encubrimiento político que se da cuando se convierten en cómplices de casos de tortura sexual por parte de elementos del Ejército Mexicano hacia mujeres indígenas, como en los casos de Inés Fernández y Valentina Rosendo. En el expediente que la organización de Derechos Humanos Amnistía Internacional documenta en la pagina 20[10] mostrando como el personal médico de las clínicas de Caxitepec y de Ayutla respectivamente se niegan a documentar las lesiones por tortura sexual y a darles la atención adecuada -(protocolos de Estambul, ni Protocolo de profilaxis contra ITS o VIH)- tanto en el aspecto clínico, como en su integridad

[10] En el informe especial Mujeres e Injusticia Militar, expediente: AMR 41/033/2004.

como mujeres indígenas, hablándoles en español, sin traductor y dándoles un trato expresamente doloso. Además de “perder” los dictámenes periciales para castigar a los responsables contribuyendo a la impunidad en estos casos.

Puntualizo estos casos, porque son representativos de violencia política e institucional hacia las comunidades en resistencia, dado que estas mujeres vivieron daños a su persona por estar organizadas en sus comunidades, siendo líderes comunitarias de la Organización del Pueblo Indígena Me'epha (OPIM) y se convierte en un caso paradigmático porque ilustra la violencia que proviene del Estado hacia las comunidades en resistencia (Beristain, 2007; Adams, 2009; Franco, 1999) pero también por ser detonadores de acciones colectivas de justiciabilidad, el derecho a la reparación del daño y se convierte ese en un proceso colectivo de re-significación, organización y reparación de la violencia del Estado.

La violencia que el Estado Mexicano ejerce hacia los pueblos indios en resistencia, impacta en una cadena de actos de violencia intercomunitaria (Theidon, 2004), que es causante de la destrucción del tejido social y que provoca matanzas entre gente de las comunidades que buscan vengarse entre sí (Menéndez, 2008), o bien, cometiendo actos de violencia brutal hacia las mujeres, siendo esta violencia, otro detonador importante de actos de resistencia por parte de las promotorías de salud.

Así, las promotorías se movilizan en el ámbito de la salud a través de respuesta social organizada, presionan, realizan cabildeos, se involucran en la planeación de políticas y obligan...

> *“a los poderosos a considerar los problemas sociales y destinar recursos para su solución real”* (Restrepo, 2001: 7)

II.- Preguntas y objetivos:

Planteamiento del problema: No hay sistematización de experiencias que pueda iluminar las acciones de las instancias locales, regionales y mundiales con respecto a posibilidades de cambio en política y programas en salud y en la acción colectiva.

Me pregunto ¿Cómo es qué la promoción de la salud que se da en la región ha producido efectos en la exigencia del derecho a la salud colectiva?

Las preguntas que guiaron mi investigación fueron:

1. ¿Cómo influye la organización comunitaria en la búsqueda ciudadana por hacer

valer el derecho a la salud?

2. ¿Qué efectos ha tenido la educación popular en la formación de Recursos Humanos en salud?
3. ¿Cómo es que los formadores de Recursos Humanos en salud han elegido esta corriente pedagógica para formación de promotores y promotoras de salud?
4. ¿Qué papel ha tenido la Promoción de la Salud ante conflictos comunitarios, como violencia o alcoholismo?
5. ¿Qué impacto ha tenido la Promoción de la Salud en las comunidades respecto al auto-cuidado y la búsqueda de la salud colectiva?
6. ¿Cómo se pueden diseñar y organizar acciones de defensa de la salud que articulen un proceso de transformación que no reproduzcan la subalternidad?

Los objetivos que busco son:

- Comprender algunos de los mecanismos de una Promoción de la Salud capaz de construir ciudadanía y lucha por exigibilidad del Derecho a la salud.
- Explicar el alcance y limitaciones de esa Promoción de la Salud.

III. Enfoque:

En esta investigación analizo las prácticas de promoción de la salud de tres promotorías que se caracterizan por tener mayor impacto en la región, por la participación social que han producido y por el impacto nacional e internacional que han generado en las acciones colectivas de salud en la región. Una de ellas es Kinal Antzetik, otra de ellas es la Comisión de Salud de la Coordinadora Regional de Autoridades Comunitarias-Policía Comunitaria y la otra es la Universidad de los Pueblos del Sur (UNISUR).

Las gestiones en salud en las que Kinal Antzetik y las organizaciones de salud de la región han incidido son un ejemplo de las acciones de las mujeres de la región en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos. A través de la denuncia y los procesos de exigibilidad comunitarios, se han evidenciado esfuerzos civiles que cambian la correlación de fuerzas con las instancias de salud, en la medida en que se ha conseguido que los hospitales atiendan a las mujeres en el trabajo del parto, vigilando la calidad en el servicio y el acceso tangible a una salud materna digna y especialmente contra la violencia obstétrica.

El Observatorio Nacional Contra la Muerte Materna, ha vigilado de cerca el desempeño de

las instancias de salud, los compromisos de los funcionarios de salud y del personal de salud, con la finalidad de hacer valer éste derecho, del mismo modo, las tareas que se plantean en los foros involucran la participación comunitaria de la población que está muy al pendiente del cumplimiento de estas acciones, devolviendo así, la responsabilidad al Estado Mexicano de ser garante de la protección al derecho a la salud. Al mismo tiempo asumen su papel en la construcción de un futuro más viable para las comunidades exigiendo justicia en los casos en los que el Estado Mexicano ha violado su Derecho a la Salud.

Aún falta mucho por lograr en la región Costa-Montaña en materia de sensibilización a la población, respecto a que los logros que se han obtenido no son una dádiva del Estado, sino un derecho colectivo que se ha logrado a partir del esfuerzo conjunto de las organizaciones que se mantienen trabajando en esa tarea titánica, politizando a la población para conseguir la re-orientación de las políticas públicas en acciones de beneficio colectivo.

IV.-Enfoques teóricos:

Los enfoques teóricos de los cuales me valgo para explicar esta condición son:

- **Reproducción social** para explicar las formas en que la Promoción de la Salud, va articulando estas redes de relaciones entre las familias, la comunidad, las instituciones comunitarias para así construir una profunda identidad con los procesos culturales regionales. A través de la categoría **perfil epidemiológico regional** se pueden explicar las dimensiones en que intervienen en el proceso salud-enfermedad-atención**:** la reproducción biológica receptora de la carga inmunológica y la herencia genética; la reproducción de las relaciones ecológicas, que explica la interacción de los grupos con el ambiente residencial y de trabajo; la reproducción de las formas de conciencia y comportamiento, que expresan la cultura; y la reproducción de las relaciones económicas, donde se realizan producción, distribución y consumo (Castellanos, 1991; Breilh; 2003)
- **Promoción de la salud emancipatoria**: La capacidad autonómica de las poblaciones (Chapela, 2007), es un elemento que incide en la búsqueda de la

construcción de la salud que es favorable para ellas. El proceso ciudadano por hacer exigible y justiciable el Derecho a la Salud ha detonado organización social capaz de incidir en políticas públicas de salud de corte incluyente y democrático. (Cerda, 2010).

El trabajo pedagógico que caracteriza a la Promoción de la Salud Emancipadora busca construir una reflexión conjunta sobre problemas de la realidad social identificados por los promotores y promotoras de salud, incidiendo en la transformación social en el ámbito de la salud, retomando:

"la capacidad humana corporeizada de diseñar, decidir y lograr futuros viables" (Chapela y Jarillo, 2001: 8).

La Promoción de la salud enfrenta el debate entre los fines emancipadores y Promoción de la Salud de corte neoliberal, que reproduce la ideología hegemónica en la salud pública que defiende a la Promoción de la Salud como un campo de la profesión médica, que niega la capacidad de agencia de las poblaciones, en el sentido de considerarlas ignorantes de conocimientos bio-médicos y por ende, las prácticas que surjan de ellos se subordinan por no coincidir con el paradigma médico; esta ideología hegemónica ignora la determinación social en el proceso de salud-enfermedad-atención, promueve acciones que conciben la salud como mercancía, legitima las políticas empobrecedoras y discriminatorias de las instituciones de salud, refuerza esquemas restrictivos en el sistema de salud y fomenta la culpabilización, el individualismo y el miedo en el proceso de atención.

- **Actores sociales:** Para Garretón, (2002), los actores sociales se caracterizan por ser:

"*los portadores con base material o cultural, de acción individual o colectiva que apelan a principios de estructuración, conservación o cambio de la sociedad, que tienen una cierta densidad histórica, que se definen en términos de identidad, alteridad y contexto, que se involucran en los proyectos y contra-proyectos y en los que hay una tensión nunca resuelta entre el sujeto o principio constitutivo y trascendente de una determinada acción histórica y la particularidad y la materialidad del actor que lo involucra*".

Las promotorías de salud[11], se convierten en agentes sociales de cambio, dado que

[11] En el término promotorías de salud, incluyo la presencia de mujeres y hombres, puesto que ambos géneros han integrado estos equipos de salud.

ejercen su capacidad de agencia a favor de la transformación social con fines emancipatorios de las políticas mercantilistas y excluyentes de la salud de la población.
Estas tienen densidad histórica puesto que incorporan el bagaje de la trayectoria guerrillera del estado de Guerrero en la búsqueda por resistir a las políticas de exclusión, así como en la resolución de la desigualdad en salud, reafirmando su identidad y su ciudadanía étnica.
Estos actores sociales buscan construir el desarrollo de las comunidades, entendiendo esto como el proceso que las comunidades construyen y que...

> "*corresponde a los sujetos sociales luchar por aquellos más acordes con su historia, su experiencia, sus necesidades y su utopía*" (Canabal: 14,2001)

Interprentando como utopía:

> *"la capacidad del sujeto individual o colectivo de mirar al pasado para gobernar el presente, para la construcción de futuros viables" (Chapela, op.cit)*

V.- Metodología y método

El análisis de este problema me orientó a la elección de investigación cualitativa, de corte participativo, dado mi conocimiento previo de la región y el acceso a informantes clave al que ya tenía acceso; las técnicas me permitían registros más flexibles y descriptivos que me permitirían dar cuenta de manera más integral la realidad en salud. Por otro lado, la investigación cuantitativa exigía parámetros más rígidos e inapropiados para las variables a investigar; la cuantificación de experiencias empíricas, que por la compleja variedad de agentes sociales y de culturas, era imposible analizar la dinámica de las promotorías integrando el aspecto situacional del sistema de relaciones en salud. Esta diversidad de culturas en la región, en un momento dado impedirían la inferencia y generalización causales que explicaran los intereses de estas promotorías.

El conocimiento y apoyo de los informantes clave fue otro elemento que flexibilizó la investigación pese a la complicada situación por la que atravesaba la región, así como por las consideraciones de seguridad en la región.

Las técnicas utilizadas para este estudio fueron técnicas etnográficas: entrevistas a profundidad, talleres, grupos focales y observación participante no intrusiva[12], que será ilustrada en un cuadro que anexo al final de esta investigación.

Método para seleccionar la información de los casos informantes:

[12] Para hacer este tipo de observación, se me permitía acceso a Asambleas, a talleres o a casos pero no intervenía en la dinámica de éstas. Excepto a petición expresa de alguna de las participantes.

Los casos seleccionados fueron los de Apolonia Plácido, Asunción Ponce y Bernarda Macedonio porque son informantes clave en el proceso de formarse como promotoras, puesto que han vivido los procesos de capacitación y transformación en su propia historia, han colaborado en varias organizaciones comunitarias y son agentes del cambio en su región. Además de que accedieron a colaborar con ésta investigación con la finalidad de dar a conocer todos los obstáculos que tienen que vencer para tener acceso a la salud.

Para construir los casos de investigación integraré las historias de vida de las promotoras de salud, con una descripción de las promotorías como organizaciones de salud, tratando de dar sentido a la caracterización de cada una de las promotorías.

A lo largo de la investigación, incluyo historias de vida de las siguientes promotoras de salud comunitaria que complementan las observaciones de las prácticas. Esta técnica ha sido muy útil para conocer a la gente, porque como plantea Ander Egg, (1990) en este tipo de estudios es necesario...

> *"familiarizarse con las organizaciones, su marcha, su funcionamiento y su vida. Hay que conocer a la gente que forma parte de la organización o la institución, sus problemas, aspiraciones, inquietudes, frustraciones, etc."*

y las promotoras como pieza clave, me compartieron historias, sus saberes tradicionales, su cosmovisión y la información del proceso de formación como promotoras.

Por esa razón entrelazo las historias de vida de las siguientes promotoras por la información clave que aportan y el papel que juegan en el proceso formativo.

Historia de Vida de las Promotoras de Salud		
Bernardita Macedonio-Tlapaneca, Comisión de salud de la CRAC-PC	Asunción Ponce-Mixteca, Comisión de salud de la CRAC-PC	Apolonia Plácido-Mixteca Promotora de Kinal-Antzetik

Estas Mujeres han desempeñado **muchos roles Cívico-políticos** en sus comunidades y son **informantes clave**, (Ander Egg, 1990): Puesto que...

> *"En toda comunidad y en todo sector en donde se pretende realizar una investigación o una intervención social, suelen existir personas poseedoras de información válida, relevante y utilizable acerca de la cuestión que se quiere estudiar o de la situación-problema que se quiere resolver"*.

A pesar de que ellas pertenecen a diversas organizaciones y en determinado momento las organizaciones han estado en conflicto. Durante el tiempo de mi investigación empiezan a hacerse públicos ciertos conflictos intercomunitarios muy complejos en la región, donde la CRAC-PC, empieza a tener escisiones surgiendo públicamente otros grupos de auto-defensas en el territorio comunitario y en el estado de Guerrero, como el grupo de la UPOEG. Este conflicto interno es muy determinante, porque debilita los esfuerzos de organización comunitarios y permite que entren las mineras a la región y se desintegre el tejido social comunitario. La labor de las promotoras se ve afectada, dado que ellas y sus acciones han coadyuvado en la construcción de exigibilidad en salud comunitaria.

Acceso a los informantes

El primer paso para acercarme a la región lo hice en primer término acompañada del equipo del Colectivo Contra la Tortura y la Impunidad, (CCTI-Guerrero) el Lic. José Enrique Victoria Saavedra, que me presentó con el Asesor jurídico de la CRAC, Valentín Hernández, quien me pidió que elaborara un proyecto por escrito, para que fuera valorado por los coordinadores en Asamblea. Este proceso fue un poco largo, iniciando en febrero de 2010, la primera visita, porque no había trabajos de salud propiamente; en ese lapso estuve colaborando en algunos proyectos de salud en beneficio de la CRAC. Como las brigadas de salud con diversas organizaciones, en ese sentido participé en un trabajo colaborativo con el Colectivo Construyendo Resistencias, en talleres y grupos focales para trabajar el tema de masculinidades y auto-cuidado. Y en otros trabajos donde este mismo colectivo invitó a Brigada Callejera de Apoyo a la Mujer Elisa Martínez, A.C., quienes realizaron talleres de Salud Sexual y Reproductiva en Metlatónoc, al mismo tiempo que realizaron tomas de muestras de papanicolau.

Después participé en las mesas de discusión del XVI y XVII Aniversario de la Organización en temas de salud. Particularmente me solicitaron que indagara sobre temas de violencia y alcoholismo que vinculamos con la masculinidad violenta y otros modelos de masculinidad.
Sin embargo, esto no se consolidó hasta el 2011 cuando me presentaron a la Comisión de Salud de la CRAC-PC con el equipo de promotoras: Catalina Carreño, Teresa Guerrero, Doña Asunción Ponce, la profesora Bernardita Macedonio y el equipo del Dr. Paul Hersch y la Dra. Lilian González Chévez.
Para el contacto con Kinal Antzetik, solicité a la Sra. Asunción que me presentara al Dr. Jorge García Vásquez, médico de la CAMI de San Luis y el me apoya vinculándome con Apolonia Plácido Valerio, quien funge como coordinadora de la CAMI de San Luis Acatlán y a la Maestra Lina Rosa Berrio Palomo, directora de Kinal Antzetik, D,F, quien me facilitó mucha información y con quien colaboré en algunos talleres de formación para los y las promotoras en Tlapa de Comonfort y en San Luis Acatlán.
En los aniversarios me vinculé con otras organizaciones, particularmente con la UNISUR, ahí conocí al médico Sibalaume Sánchez y a la Antropóloga Gema Jiménez, con quienes empecé a colaborar en la Licenciatura de Salud Comunitaria en algunas comunidades y en este proceso el mismo estudiantado de esta licenciatura se fue presentando conmigo compartiendo las distintass problemáticas en salud de cada comunidad. Del mismo modo, me vinculé con el doctor Joaquín Flores Félix, docente de la Universidad Autónoma Metropolitana plantel Xochimilco y rector de la UNISUR, quien me apoyó con la información institucional de UNISUR, facilitándome los estudios de factibilidad que realizaron para construir la UNISUR, me abasteció de muchos datos epidemiológicos regionales, que son muy difíciles de conseguir desde las instancias de salud federales, así como estudios antropológicos locales.
Posteriormente Trabajo colaborativo con Kinal y las investigaciones sobre género y prevención de muerte materno-infantil, con el proyecto de las CAMIs y las estrategias comunitarias para vincularse.

Instrumentos y registros

Para documentar la información elaboré algunos instrumentos de registro que me permitieran sistematizar la información: algunos fueron las entrevistas a profundidad, en la cual me basé en una guía de observación[13] que incluía las variables de: sexo, edad, etnia,

[13] Anexo al final del trabajo.

escolaridad, si pertenecía o no a un grupo político, cómo se fueron capacitando y saberes tradicionales que ellos-ellas manejaban.

Con esto buscaba relacionar si su edad y la escolaridad tenían que ver con el ejercicio del protagonismo en acciones colectivas de salud y que tanto la reproducción de prácticas hegemónicas en salud tenían que ver con el tipo de agente capacitador y su origen académico. Estas relaciones se fueron vinculando en la investigación de la forma en que explicaré en el capítulo segundo.

Elaboración de la información

El trabajo etnográfico lo realice del 2011-2012, pero en 2013 regresé a cotejar algunos datos y a devolver algunos pendientes que tenía con las organizaciones. Para dar cuenta de las prácticas del proceso de exigibilidad de derechos a partir de las prácticas de la Promoción de la salud en la región, desde sus diferentes actores yo desarrollé un método cualitativo etnográfico, que articula la investigación-acción participativa con técnicas de observación directa y observación participante a traves de bitácoras, diario de campo y entrevistas registradas en medios audiovisuales (audio y video).

Este método es el más adecuado para transcribir las vivencias que fueron resultado de acompañar a las promotoras en su proceso formativo, o de capturar momentos claves de las organizaciones de la región y de su cultura organizativa, utilicé este método porque es un método que permite...

> *"vincular la actividad científica con los procesos generales de transformación socioeconómica y política". (Amézcua, 2009:31)*

En ese sentido, las promotorías de Salud, que son mi campo de estudio, requería de un acercamiento más profundo y sensible, por tratarse de personas que han vivido en contextos violentos, por eso tuvo que darse un proceso de acercamiento largo y paulatino para ganarse la confianza de las entrevistadas y así poder documentar los procesos formativos que vivieron en su historia colectiva e individual. Por eso, también utilicé entrevistas a profundidad, que a su vez articulé con las historias de vida porque:

> "*La entrevista es una situación [puede ser o n,] cara-a-cara donde se encuentran distintas reflexividades pero, también, donde se produce una nueva reflexividad. Entonces la entrevista es una relación social a través de la cual se obtienen enunciados y verbalizaciones en una instancia de observación directa y de participación" (Guber, 2001).*

Método de análisis

Una vez obtenida la información en audio y video, procedí a transcribir las entrevistas y a sistematizar el análisis de las conversaciones, establecí algunos códigos y palabras clave para elaborar redes semánticas que pudieran ayudarme a organizar la experiencia de las promotoras a través del análisis lingüístico formal.

Analizadores

Los analizadores que me resultaron pertinentes para codificar las entrevistas y el trabajo de campo; y que posteriormente usé para construir los casos de las promotoras fueron: edad, escolaridad, agente que le capacitó, contexto familiar organizativo y redes relacionales.

En el caso de las organizaciones fueron: los objetivos que los unificaron, tiempo de trabajo en la región, redes relacionales, agentes capacitadores y forma de financiarse.

A partir de la definición de estos elementos pude integrar la información, con el fin de categorizarla y codificarla.

Problemas metodológicos

Los problemas metodológicos a los cuales me enfrenté durante exploración de esas preguntas fueron de diversa índole:

- La dificultad para compilar datos duros respecto al perfil epidemiológico de la región y la complejidad de constatar los subregistros de manera fidedigna, puesto que las instancias federales de salud no documentan con mucha precisión los casos de muerte materna, o de enfermedades, para no aumentar las ya de por si alarmantes cifras y otras veces por negligencia médica (Amaro, 2001)
- Aunque algunas organizaciones hacen esfuerzos por sistematizar, (Espinoza, 2013) la demanda por los servicios es tan urgente, y la cantidad de casos es tan apremiante, que se prioriza la atención y el acompañamiento, más que la documentación y registro de casos, así que la investigación se volvió una búsqueda más específica, que se fue complicando por la gran rotación de actoras que han pasado por las organizaciones y que esto hace difícil mantener el seguimiento adecuado a los registros, esto implicó una búsqueda mucho más minuciosa y específica.
- El trabajo etnográfico indagando entre formadores y formadoras tuvo también la resistencia de personal de salud, que ha sido formado en paradigmas médico-

hegemónicos y que a pesar de su intencionalidad, en la práctica reproducen ciertas practicas pedagógicas que mantienen privilegios del modelo médico hegemónico.

- La problemática real de la región, que en ese momento experimentaba conflictos comunitarios de fragmentación entre las organizaciones, generó mucha desconfianza entre la población, suspicacia de muchos líderes comunitarios, (Ramírez, 2013; Moreno, 2013) y cuestionamientos fuertes respecto al financiamiento de la investigación y los fines de ésta ante la comunidad.
- La distancia objetiva entre mi militancia y la necesidad de darle rigor científico a la investigación, que exigió de mi el desarrollo de sistemas de registro, de documentación y de análisis más finos para analizar y comprender los fenómenos que tuve la oportunidad de acompañar.

Reflexividad y consideraciones éticas

En cuanto a las consideraciones éticas de esta investigación, les solicité su consentimiento informado y les expliqué el objetivo de este trabajo, asumiendo el respeto por la autonomía de las promotoras, así como el respeto por su sistema de valores en las costumbres regionales, la visión y la cosmovisión ante el deber ser femenino; así como por la autonomía de las participantes.

Desde mi postura personal elegí usar la Investigación Acción Participativa, porque la naturaleza de mi problema de investigación, me exigió una metodología cualitativa capaz de vincular modelos epistémicos reconstruibles en la práctica capaces de que producir cambios verdaderos en la acción social, porque como bien menciona Elmer Galván: (en Ander Egg, 1999: 9):

> *"No se trata de realizar una investigación por la investigación, ni por satisfacer un mero "apetito intelectual", sino que ella debe estar vinculada a la transformación... El quehacer investigativo debe tener una clara vinculación con la práctica transformadora, lo que supone la superación de la división clásica entre el "sujeto" y el "objeto" de la investigación, toda vez que el objeto se transforma en el sujeto consciente que participa en el análisis de su propia realidad con el fin de promover su transformación"*

Para documentar la práctica de las promotorías, decidí dividirlos en dos grupos, que son agentes **externos** (que no viven en las comunidades, vienen de núcleos urbanos ya sea el

Distrito Federal, Chilpancingo o Morelos) y agentes **internos** (gente que habita en la región): y que tienen diversos objetivos e intencionalidades.

Existen otras promotorías **externas y colaborativas** que llegan a la región invitados por organizaciones, como las del colectivo Construyendo Resistencias con la organización Brigada Callejera Elisa Martínez, A.C., voluntariados de la Facultad de Medicina a través de organizaciones políticas estudiantiles, la Escuela Latino Americana de Medicina, de Cuba, invitada por la UNISUR, brigadas de la Otra Salud y del Colegio Williams-Arquidiócesis de Tlapa que invitan a voluntarios a dar servicios de salud en verano o en invierno.

Del mismo modo, existen otras **promotorías indígenas** como: Raíz Zubia y Manos Unidas de Mujeres, que trabajan la prevención de la muerte materno infantil, con enfoque intercultural, que colaboran en Redes ciudadanas previniendo la muerte materna, que no necesariamente trabajan exactamente en las comunidades donde yo investigué, pero su tarea impacta positivamente la salud en la región.

VI.- Presentación de la comunicación:

Respecto a la estructura capitular, decidí abordarla de la siguiente manera:

En el **capítulo 1** abordo elementos teóricos de la Promoción de la Salud con el fin de explicar la manera en que ciertas condiciones de opresión económico-político-cultural, se convierten en detonadores de acciones organizadas en salud, a partir de generar capacidad de agencia entre la población en su búsqueda por hacer exigible y justiciable la lucha por el Derecho a la Salud. Reflexionaré también en torno a los distintos enfoques de la Promoción de la salud, para comparar las prácticas de salud del gobierno federal con sus acciones de programas preventivos de la Secretaría de Salud que se realizan en la región y las compararé con las que hacen las promotorías, fundamentaré teóricamente el concepto de Promoción de la Salud con un enfoque crítico a partir de los elementos que brinda la Medicina Social. También destaco elementos conceptuales de la educación popular para entender su papel en los procesos organizativos en salud en un contexto multicultural, donde las promotorías han incidido en la construcción de una interlocución distinta con las instancias de salud en un proceso de interculturalidad crítica. También conceptualizaré el Ciclo de Reflexión de Smyth (1991) y sus fases para analizar como las prácticas de Promoción de la Salud de las promotoras han tenido cabida en la transformación social. Del mismo modo, fundamentaré la teoría de las necesidades (Doyal y Gough, 1994) para dar cuenta de la forma en que las promotoras han coadyuvado a construir proyectos autonómicos desde la construcción de libertad de agencia. En ese

mismo tenor, discutiré algunos elementos de dos grandes Debates epistémicos necesarios para construir la Promoción de la salud intercultural de acuerdo a las necesidades de las comunidades.

En el **capítulo 2** caracterizo el contexto regional a partir del diagnóstico epidemiológico donde describo la infraestructura de la Costa-Montaña. Desde el enfoque de la Epidemiología Crítica (Breilh, 2009) vinculo la primer categoría de análisis que es Reproducción social a través de *perfil epidemiológico regional p*ara detallar las principales causas de morbi-mortalidad de la región, así como para dar una idea global del estado en que está la , la infraestructura de salud, los programas de salud que han venido operado en la región, así como sus efectos de las políticas sanitarias vigentes en la salud de la población. Del mismo modo, hablo someramente de la historia regional, con la intención de explicar el impacto de esta en la construcción de sujetos políticos en ese territorio.

El **capítulo 3** realizo una ***descripción*** de la práctica educativa en Promoción de la Salud a partir de hablar de las historias de vida de tres promotoras de la región y de tres organizaciones populares de salud, que han realizado intervenciones pedagógicas en salud en la región, con el fin de dar cuenta de algunos elementos de las prácticas de promoción de la salud que se han registrado en la región.

En el **capítulo 4** revisaré los hallazgos con el fin de ***analizar*** como estas prácticas han incidido en la construcción de capacidad de agencia comunitaria visibilizando el impacto comunitario de estas prácticas, analizo algunos ejes transversales en la Promoción de la Salud que son detonadores de respuesta social organizada en salud. Del mismo modo, revisaré algunos indicadores para medir el impacto y la evolución de estas prácticas en salud describiendo la extensión, amplitud, profundidad, modalidad, impacto, efectividad y sustentabilidad. En este mismo capítulo, profundizaré en los elementos de la práctica médica colonial que han obstaculizado la participación comunitaria en salud, así como las fortalezas que se poseen como región, los obstáculos que han vivido, y las aportanciones que han realizado tanto a la práctica de Promoción de Salud, como a la organización del territorio.

En el **capítulo 5,** a partir del análisis de estas promotorías **concluyo** con algunas reflexiones sobre acciones que pudieran fortalecer más la acción de estas Promotorías regionales, sugiriendo algunas tareas dirigidas a las comunidades, a las organizaciones de salud del gobierno, a las organizaciones ciudadanas de salud y a las promotoras como

actoras sociales de este complejo proceso. Retomando el Ciclo de Smyth, en la fase de reconstrucción de la práctica, hablaré sobre el papel del auto cuidado en salud asumido desde la comunidad, como un medio para su desarrollo. Finalmente, realizo algunas conclusiones prácticas acerca de las preguntas que guiaron este estudio.

CAPÍTULO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y AUTONOMÍA

*"Para todo aquél que se considere apegado al tema de la emancipación, el ascenso de la masa a la categoría de sujeto ha de resultar una ofensa de desagradables repercusiones"...**Peter Sloterdijk, "El desprecio de las masas"***

Una de las aportaciones de esta investigación es la de vincular los conceptos de construcción de autonomía comunitaria con la construcción de sujetos políticos en salud. Para fines de este trabajo los sujetos políticos son las promotoras y promotores de la región, quienes a fuerza de resistencia y lucha han logrado una interlocución con el Estado que les ha permitido ganar espacios en la defensoría de su derecho a la salud, construyendo así exigibilidad en salud, en la medida en que con su actuar cotidiano van resolviendo las deficiencias del Sistema de Salud, al que prácticamente le tienen que

arrebatar el servicio, ante la burocracia estatal con sus políticas de exclusión en salud. (Berrio, 2013; Espinosa, 2010; Arteaga, 2012, Tiburcio, 2009, Canabal, 2009,)

No toda la Promoción de la salud que se practica en la región tiene los mismos fines y objetivos. Encontramos prácticas que reproducen una visión mercantilista y cosificante de la salud (DGPLAES, 2009) y también existen las organizaciones comunitarias que se cuestionan y reconstruyen sus prácticas en salud de otra forma, buscando construir futuros viables para sus comunidades. (Chapela, 2009)

En este territorio donde confluyen tantos pueblos tanto indígenas como mestizos que son dignos de respeto, es necesario plantearse la cuestión de políticas que incluyan a cada una de estas culturas y que garanticen su sobrevivencia, tomando decisiones y participando activamente en la nación mexicana. (Olivé, 2004)

El interculturalismo es una corriente de pensamiento que busca establecer relaciones horizontales y sin pretensiones de dominación. En el ámbito de la salud, ante la existencia de pluralismo médico en la región (Berrio, 2010; Hersch, 2011) es importante analizar estos fenómenos en la Promoción de la Salud Intercultural, con el fin de entender cómo es que esta interculturalidad reconstruye prácticas en salud que impactan positivamente en el tejido comunitario y pese a las dificultades técnicas y epistémicas construyen resistencia ante la medicalización.

1.1.- El carácter político de la promoción de la salud

Uno de los elementos que ha permitido esta transformación en sujetos políticos, ha sido el carácter político, con la posibilidad crítica que ha impulsado la promoción de la salud.

Las conferencias de Yakarta, (en l997) y la de Bangkok sobre Promoción de la Salud en un mundo globalizado (2005) reconocen abiertamente el carácter político de ésta, al visibilizar la **capacidad apoderante de las comunidades,** diferenciarse desde el enfoque de determinantes sociales en el proceso de salud-enfermedad-atención, el reconocimiento del derecho a la protección en salud, y los enfoques participativos e interculturales en el ámbito de la salud son elementos que amplían el poder de las comunidades en asuntos de salud. La promoción de la salud le otorga con fuerza a la comunidad el poder de participar activamente en los procesos de establecimiento de prioridades, en la toma de decisiones, en la definición y aplicación de estrategias de trabajo en salud. (Arroyo, 2008)

A través de la promoción de la salud se busca promover acciones dirigidas a cambiar el estado de las condiciones sociales, políticas y económicas que afectan la salud individual y colectiva para buscar intervenir en los determinantes o causas socio-históricas de la salud-enfermedad.

En este sentido, la capacidad apoderante se articula con la autonomía comunitaria, en la medida en que las comunidades en su devenir como pueblos indios asumen acciones para satisfacer su necesidad de formar recursos humanos propios a partir de programas que correspondan a las necesidades regionales (Chapela y Cerda, 2010), para romper con las políticas de colonialismo médico de la OMS (Colomer, 2001) que transmiten la idea de que en un contexto globalizado, los **cuerpos** son también, **territorios** para colonizar y ser controlados desde la concepción medicalizada por los monopolios farmacéuticos, que cosifican a las poblaciones (Chapela, Cerda 2010).

En la definición de Promoción de la Salud escrita en Ottawa que a la letra dice:

> "*La Promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de las formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario*"

en esta definición, se enfatiza el potencial crítico y ciudadano de la población, al quitarle el poder absoluto al sector médico hegemónico y darle accesibilidad a las poblaciones a tomar el control en el derecho a la protección en salud y que lo hicieron válido a través de construir procesos de exigibilidad comunitaria.

Sin embargo, este proceso de construir salud con un enfoque emancipatorio no se hizo por

decreto comunitario o como una forma de arrogancia rebelde que negase las aportaciones de la ciencia occidental, sino que ha devenido de un proceso crítico muy interesante de construcción y de deconstrucción del conocimiento con una visión contra-hegemónica que ha implicado mucho estudio y discusión colectivas. En este proceso se ha observado que en la Promoción de la Salud, como en muchas ciencias, ha existido injusticia cognitiva, que pone en una posición subalterna a los saberes no-científicos y que esto también implicaba que en la ciencia existen (Santos, 2009).

En ese sentido, un elemento que les quedó muy claro a los actores sociales de la región, en este proceso histórico de construcción de la autonomía comunitaria, es la idea de que lo que no hicieran por ellos mismos, nadie más lo haría por ellos y también tenían que dar cuenta de este proceso de construcción de conocimiento colectivo por el que ellos y ellas han pasado. La autonomía comunitaria, implica también la construcción de conocimiento contra-hegemónico. (Breilh, 2003; Olivé, 2004)

> *"capaz de romper con elementos culturales que los ataban a un pasado de subordinación" (Breilh, 2003: 61).*

La construcción de resistencias y utopías es también un fenómeno epistemológico; mismo que da cuenta de una ruptura con el conocimiento occidental y con los viejos paradigmas de la filosofía de la ciencia que se vuelven insuficientes para explicar como surgen estas promotorías de salud, puesto que emergen de una tradición ecológica de-colonial, basada en la experiencia sistematizada de las promotoras, sus saberes tradicionales en herbolaria, su bagaje empírico en partería y las formas de atender la salud. (Santos, 2009). Para este autor, la cultura occidental ha construido una sola cultura del conocimiento, que ha denominado monocultura del saber, que ignora otro tipo de saberes que no considera científicos y que por lo tanto son inexistentes para este paradigma, de ahí que el propone que el conocimiento deba integrarse en lo que nombra tradición ecológica que es una forma de hacer ciencia desde de la diversidad, a través de interacciones sustentables; es decir prácticas de intercambio de conocimiento entre distintas culturas.

Este conocimiento es integral porque articula la enseñanza académica, el conocimiento tradicional de los pueblos y el saber popular en salud sistematizado por las colectividades tanto urbanas como rurales, que ellos[14] re-posicionan en la práctica[15], extrayendo lo

[14] Al hablar de ellos me refiero a mujeres y hombres como colectividad. No por invisibilizar a las mujeres, sino que usaré indistintamente ellos y ellas para referirme a la colectividad de sujetos sociales de la montaña.

[15] En el caso de construcción de conceptos nuevos, Kinal Antzetik visibilizó la violencia obstétrica como parte del conocimiento colectivo de las CAMIs y que era necesario denunciar, atender y reparar, éste término actualmente tiene

necesario para construir objetos de acción contra-hegemónica. (Breilh, 2003)

La Promoción de la salud se caracteriza por tener una función social muy específica, que vincula la mirada de determinantes sociales del proceso salud-enfermedad que tiene como destinatarios a poblaciones, grupos y comunidades, no sólo a individuos; ésta busca intervenir en condiciones de vida y sistemas que requieren ser modificados. Sus bases están centradas en modelos y marcos conceptuales socio-políticos, ecológicos y culturales.

El tipo de interventores sociales en la práctica de la promoción de la salud, también son parte de una visión más colectiva del proceso-salud enfermedad, porque las decisiones que competen a la salud, ya no son decisión exclusiva de los de la salud, sino que involucran a representantes de la sociedad civil, a la comunidad, a las instituciones comunitarias y a otros agente civiles. Para este fin se vale de metodologías participativas y de otras ciencias que fomenten el desarrollo comunitario, el apoderamiento, el involucramiento en políticas públicas, el cambio organizacional, para promover ambientes favorables para la colectividad. Es importante, no sesgar el conocimiento empírico en salud, sino buscar equilibrar dentro de los procesos participativos la presencia del conocimiento científico, que también es importante a los individuos y grupos en la búsqueda por construir salud.

Para fortalecer la acción comunitaria, la promoción de la salud se vale de una herramienta poderosa, que es el empoderamiento de individuos y grupos. El empoderamiento como proceso social (Wallernstein 1992) está íntimamente ligado a la participación comunitaria y a la consolidación concreta de los procesos participativos (Restrepo, 2001). La diferencia que enfatiza Chapela (2007) entre empoderamiento y apoderamiento, es que el primero está relacionado con agentes externos a los sujetos políticos y el apoderamiento tiene que ver más con un proceso autonomista que busca construir su salud desde lo que es y era suyo en primera instancia.

Estos procesos participativos van de la mano con la existencia de democracia y respeto a los derechos humanos como prerrequisito de salud y bienestar para construir capacidad comunitaria de construir intervenciones en salud apropiadas para la comunidad; esta capacidad comunitaria se constituye de: participación comunitaria, liderazgo, redes sociales sólidas, habilidad para articular valores, sentido histórico, sentido de comunidad, reflexión crítica, habilidad para movilizar recursos, destrezas y capacidad para ejercer poder, por esta razón, estas intervenciones impactarán en la comunidad, en la medida en

---

valor epistémico en comunidades cientficas, académicas y civiles; y es producto de un proceso colectivo de denuncia y de conocimiento en salud con mucho bagaje colectivo.

que son fruto de ellas, en su propio medio.

De ahí la diferencia con las prácticas de educación en salud que sólo en apariencia fomenta la participación de las colectividades, como el caso del Programa Oportunidades que con sus mecanismos retóricos y sus prácticas excluyentes y autoritarias aparenta cubrir inequidades sociales, sin embargo la participación comunitaria no se logra porque el diseño de éste tipo de programas es ajeno a las comunidades, sus instituciones, sus tradiciones, sus necesidades. (Suárez y Herrera, 2011)

A ese respecto, las autoras denuncian que pese a que en los documentos de diseño del programa se incluye un apartado que permite el acceso al diseño de éste; sin embargo, en la investigación que las autoras realizaron en comunidades de Oaxaca y Chiapas, se negó la participación por parte del Estado a las autoridades comunales en el Comité Técnico

El desafío ha sido construir diálogo entre actores, comunidad e instancias de salud, crear espacios de concertación, negociación y re-apropiación, pero la tarea más importante de estas promotorías ha sido la de fomentar la toma de conciencia sobre el derecho a la salud en el territorio en un contexto donde se ha normalizado la enfermedad, la violencia y la pobreza.

El momento en que la gente asume el control de éstos procesos vitales, trasciende el individualismo, dejando de preocuparse de forma personal por llevar una dieta sana, por hacer ejercicio o dejar de consumir alcohol; sino que también la comunidad busca practicar mas la tolerancia, la solidaridad, el respeto a los derechos humanos, se sensibilizan respecto a las diferencias y esto transforma así la vida colectiva deviniendo en apoderamiento transformador, entendido como un proceso de apoderamiento del poder comunitario.

La Promoción de la Salud, se concibe en el imaginario colectivo como un valor social positivo, de ahí que la búsqueda de la buena salud, se pueda convertir en un recurso para el desarrollo humano sostenible a largo plazo y el florecimiento humano, es decir que por esta característica, tiene cabida la posibilidad de continuidad en un proyecto político a mediano y largo plazo, lo que permite que la gente lo haga suyo para crecer de manera comunitaria desde sus necesidades colectivas.

1.2.- Políticas públicas y acceso a la salud

En el caso de las políticas públicas, a partir de Ottawa, surge el concepto de **Política Pública Saludable (PPS)** refiriéndose explícitamente a aquellas políticas que tienen una reconocida y fuerte influencia en los determinantes de la salud; pero que no necesariamente se originan en el sector salud, como el principal gestor de políticas específicas relacionadas con la forma en que se organiza la atención de la salud o el sistema de servicios y también las orientaciones para el desarrollo de programas de prevención y control de las enfermedades; los caminos para formular éstas Políticas Públicas Saludables son diversos, pero devienen del trabajo político en salud pública; para conseguir ésta participación política comunitaria, es muy importante el desarrollo de mecanismos de ***abogacía*** y ***cabildeo*** para tomar conciencia colectiva de las problemáticas, buscar caminos para dialogar con el gobierno en especial el local, para la identificación de problemas que requieran esfuerzos conjuntos entre sociedad y la voluntad política de instancias públicas en salud y promover las siguientes acciones:

- reducir inequidades
- crear ambientes de apoyo
- fortalecer la acción comunitaria
- desarrollar ayuda mutua
- desarrollar habilidades personales

La política sanitaria actual percibe a las personas como mercancías y sus cuerpos como territorios a colonizar (Chapela, 2010); esta concepción de la epidemiología viene de la mano con la ética de la lógica de mercado que pretende especializar cada vez más al estudiantado médico en ciencias más específica que se convierten en alienantes de las consciencias, en la medida en que se olvida que lo que están curando no es sólo un cuerpo hueco y sin alma, olvidándose que ése cuerpo pertenece a un individuo, con una subjetividad particular, que está rodeado de muchos determinantes sociales que influyeron para que la enfermedad de ese cuerpo llegara al punto que ellos están estudiando. Y desde la cultura científica positivista que se reproduce en las currículas de las escuelas tradicionales de medicina y de enfermería se tiende a disociar el cuerpo del alma, a reproducir la alienación que nos lleva a olvidarnos de "*el otro*" y que como diría el Profesor Manuel Outón[16]: "Recordar mi deuda con "*el otro*" implica darle un servicio de salud de igual a igual; Outón, explica que la deuda con "el otro" radica en reconocer que aprendí gracias a la colaboración de los demás, practiqué con cuerpos de otros en hospitales públicos,

[16] Seminario de Bioética dictado en verano de 2012 en la Maestría en Medicina Social.

experimenté, practiqué en los cuerpos de “los otros”; de ahí que mi conocimiento sea una profunda deuda moral que implica una aspiración a ser un mejor profesionista, que ponga en práctica este precepto ético.

O lo que propone Uribe (2001: 287) como un acto de verdadera voluntad política y ética:

> *“se necesitará el reconocimiento del otro cultural como interlocutor válido para la construcción participativa de los proyectos de vida del pueblo indígena...con nuevos valores interculturales en salud, teniendo en cuenta que el proceso de normalización y ejecución, por parte de los individuos del colectivo en cuestión (aceptación psíquica y afectiva), forzados a aceptar las normas emanadas de los nuevos valores, no se logra sino a través de la intervención sujeto a sujeto, en una relación de “nosotros” y no en la relación “los objetos-ellos”, que son diferentes de nosotros”*

Es decir, llevar a la práctica lo que se demandó en la UIPES EN 2007 en Canadá, (Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la salud), la tarea ética de construir políticas públicas saludables; entonces, la Promoción de la Salud observa el poder a dos niveles: el primero, como el que se extiende a los individuos y grupos para que sean capaces de tomar más control sobre sus vidas y su salud en el nivel personal y comunitario, el segundo en el que la salud se establece como una parte vital de la agenda política (Hancock ,1994 en Restrepo, 2001).

En ese sentido, las políticas sanitarias en Salud, no sólo deben contemplar estrategias de curación, sino también actuar en el ámbito preventivo a partir del contexto y la geografía guerrerense incidir en mejorar la infraestructura sanitaria, para impedir que se propaguen las tan temidas “enfermedades de la pobreza”; es decir, no basta conseguir antibióticos para curar el dengue y atender así casos aislados de individuos, como un problema exclusivo de algunas familias, sino que esta intervención debe integrar el diseño una estrategia de intervención infraestructura civil, como sistemas de desagüe rápido, eficiente y planeado de desechos, que no sea agresivo con los suelos, ni los ríos, utilizando adecuadamente el sistema alcantarillado o fosas sépticas en la región, respetando las formas de organización comunitaria.

En particular en estados con estos índices de marginación y de violencia política tan altos como el estado de Guerrero, es menester, reflexionar en los determinantes sociales de la salud-enfermedad y desde esta postura teórica incidir en políticas públicas capaces de intervenir en esta problemática sanitaria tan compleja, pero sobre todo: tener voluntad

política para resolverlo.

No basta con reproducir las ideas en salud pública que el modelo preventivista en la Promoción de la Salud hegemónica promueve basadas prácticas saludables, (Lalonde, 1983) mejora de estilos de vida y prevención de riesgos, o intervenciones basadas en un sanitarismo individualista que responsabiliza a las personas del cuidado de su salud, y que deslinde al Estado de su Obligación de observar el Derecho a la Salud.

1.2.1- Exigibilidad, justiciabilidad y derecho a la salud

Este proceso de lucha ciudadana por acceder a condiciones reales de salud ha implicado la empresa de acciones colectivas en salud, las cuales Cerda (2010: 126) define como:

> "*aquellas que son emprendidas como demandas, movilizaciones o movimientos sociales en torno a las inequidades en el campo de la salud, la exigibilidad y la justiciabilidad del derecho a la salud en tanto derecho social en torno a la modificación de los determinantes sociales de la salud y de su distribución desigual en la población nacional y mundial, [mismas que son] parte de la relación entre actores sociales y sistema político, así como formas de respuesta de la ciudadanía ante las inequidades sociales y la conflictividad derivada de la desigualdad en el ingreso y el acceso a servicios, expresadas contundentemente en el proceso salud/enfermedad/atención*"

El trabajo político que ha respaldado la posibilidad de hacer exigible y justiciable el derecho a la salud por parte de los pueblos indios de la región, ha sido un trabajo muy constante, que se ha dado en paralelo a la construcción de mecanismos jurídico-políticos para hacerse escuchar en relación con la existencia de demandas específicas en salud y los mecanismos civiles para hacerlos efectivos y operativos.

Colomer y Dardet (2001: 34) destacan la importancia de áreas de actuación ciudadana en promoción de la salud, incluidas en la carta de Ottawa, que enfatizan el carácter participativo de ésta disciplina en la medida en que fomentan las siguientes acciones:

- Construir políticas públicas saludables,
- Crear ambientes que favorezcan la salud,

- Desarrollar habilidades personales,
- Reforzar la acción comunitaria
- reorientar los servicios de salud,

en estas acciones la gente está interviniendo de forma cercana y organizaciones como Kinal Antzetik han venido desarrollando ésta tarea permanentemente.

En la carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado, se reconoce como parte de un derecho humano: el abogar por la salud, los derechos humanos y la solidaridad. Esta capacidad que reconoce Chapela (2007), es el apoderamiento, como el proceso por el cual los agentes en salud adquieren el poder técnico y político de la ciudadanía o la comunidad para actuar en beneficio de su propia salud. (Restrepo y Málaga, 2001). Porque una comunidad con poder puede incidir en su nivel de salud y se vuelve capaz de pedir a los gobiernos o al sector privado que rindan cuentas sobre las políticas de salud y las repercusiones en la salud colectiva a consecuencia de las prácticas de determinadas instituciones, para promover la responsabilidad social en salud.

Un elemento que hace la diferencia, en el proceso político educativo, es el **apoderamiento,** porque a partir de éste proceso autonómico, donde los sujetos pueden devenir en la creación de una sociedad libre ejerciendo su auto-determinación y realizar acciones conjuntas de asequibilidad al derecho a la salud. La psicología, la sociología y la pedagogía aportan elementos que fomentan la persuasión de la gente para que adopte comportamientos transformadores. En éste punto esencial del debate, radica la diferencia, porque no sólo implica persuadir al las personas para adoptar comportamientos considerados apropiados por otros agentes (**empoderamiento-externo**); sino respetar la opción de la escogencia libre por las colectividades trabajando con la gente para analizar de manera conjuntamente sus comportamientos o hábitos, pero sin que sea una imposición. Estas acciones deberán hacerse siempre respetando las decisiones de las comunidades respecto a su salud, territorio y sus derechos políticos, fomentando la adquisición de habilidades que les permitan tomar el control de su propia vida. En ese orden de ideas, Doyal y Gough (1994) aportan interesantes puntualizaciones respecto a la **autonomía crítica** que se construye a partir de la identificación de necesidades reales por

una comunidad. En este proceso de construcción de autonomía crítica, se vincula la libertad de agencia como condición previa para que el individuo se considere a sí mismo capaz y responsable de hacer algo; este proceso lo viven las promotoras y construyen esa posibilidad, en la misma etapa en que los autores identifican cuando señalan a la salud y la autonomía como precondiciones para la construcción de autonomía. Esta teoría de las necesidades de Doyal y Gough, me servirá para abordar un poco más adelante otros aspectos de la práctica de las promotorías.

La autorrealización y seguridad que se va generando con la libertad de agencia, incide no sólo en el plano individual, sino en el colectivo en la medida en que va detonando procesos de participación social en salud. A ese respecto, también las organizaciones de Derechos Humanos han tenido gran incidencia en identificar elementos violatorios al Derecho a la Protección en salud, al Derecho a la Salud y coadyuvan a hacer justiciable estos derechos. Por ejemplo, el Centro de Derechos Humanos de la Montaña, Tlachinollan, ha acompañado a varias comunidades en este proceso de lucha por el acceso a la salud; las comunidades de Llano de la Rana en Metlatónoc y Mini Numa en Cochoapa, son ejemplo de comunidades que se han organizado en torno a violaciones al derecho a la salud y que han obtenido justiciabilidad a través del proceso político y la organización colectiva. O el caso de Inés Fernández y Valentina Rosendo, quienes finalmente devolvieron el agravio al Estado por la tortura sexual y su caso fue llevado hasta la Corte Interamericana de Derechos Humanos para obtener una reparación del daño por los agravios cometidos hacia ellas[17].

1.3.- Promoción de la salud y sus concepciones

Es importante revisar brevemente el origen del término promoción de la salud, porque de ella se derivan muchos debates hermenéuticos y epistémicos; algunos centrados en la enfermedad, otros quizá puedan ser más holísticos, pero de todos éstos debates, devienen intencionalidades políticas y se derivan acciones comunitarias con los que es importante

[17] Aunque este caso sigue en proceso, aun no se castiga a los responsables, sin embargo el Estado ha realizado algunos actos públicos de desagravio y de reparación del daño a la comunidad y a las familias.

ser cuidadosos para reflexionar en como el impacto de éstas prácticas llega a la población.

La Promoción de la salud puede entenderse desde el ámbito científico médico (medicina preventiva, educación en salud, sanitarismo, atención primaria, o medicina comunitaria) y desde el ámbito alternativo (religioso-esotérico, naturismo, herbolaria, espiritual, medicina ritual). Desde estos ámbitos, (Chapela, 2010) existen varios modelos de intervención sanitaria (transmitida por diversos agentes: instancias de salud pública, organizaciones populares, académicas, o civiles, corporaciones farmacéuticas, agencias internacionales para el desarrollo) que han intentado paliar la ausencia de atención médica en las regiones pauperizadas del mundo con diversas intencionalidades y fines sociales.

En la mayoría de los casos se promueve la intervención en salud basada en la enfermedad (Canguilhem, 1971) en sus tres dimensiones de acción: preventivo, curativo o de rehabilitación. Sin embargo, existe otra forma de vivir la salud y que desde la cosmovisión indígena ha construido la concepción de salud filosófica, entendida como salud asociada a la vida más allá de la superación de la enfermedad o de la muerte; y en su antesis que se vive desde la armonía, el instinto vital y el vínculo con la comunidad, basada en el entendimiento de la salud como equilibrio orgánico, que no se limita únicamente a lo que las agencias internacionales (OPS, OMS, OCDE. PNUD) definen como salud bio-física, con sus valores positivistas enfocados al colonialismo médico; sino que se extiende a lo psicológico, cultural, ecológico y espiritual.

Desde mi punto de vista, como observadora de estos procesos, considero que esto le confiere la posibilidad emancipatoria en la medida en que desde sus propios recursos los pueblos, construyen su Derecho a la Salud, y se apoderan de la capacidad humana de transformar sus destinos y construir futuros viables.

A partir de 1986, en una Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, se firma la Carta de Ottawa, que es el primer documento jurídico que cuestiona la postura de la OMS (1946) en cuanto a concebir la salud como un recurso colectivo y abre las posibilidades a construir otras concepciones de salud, más cercanas a las poblaciones, en la medida en que define a la Promoción de la salud como una fuente de riqueza de la vida cotidiana, y que ésta fuente puede tener distintos abordajes en la práctica, como lo reviso en el siguiente cuadro donde caracterizo las prácticas de promoción de la salud:

Basándome en los trabajos previos de Chapela (2010) yo identifico tres estilos de Promoción de la Salud que se practican en la región, que se distinguen por las intencionalidades de los agentes y el tipo de práctica que ejercen.

En este caso definí tres tipos de promotorías que ejercen estilos distintos de practicar la Promoción de la Salud:

- Promoción de la salud basada en estilos de vida
- Promoción de la salud empoderante
- Promoción de la salud emancipadora

Estos estilos se describen en el siguiente cuadro:

Cuadro 1: Enfoques de la Promoción de la Salud que se practican en la región por diversos actores sociales.

	ESTILOS DE VIDA	**EMPODERANTE**	**EMANCIPADORA**
Agente	Agencias de gobierno nacionales o	Grupos o personas expertas fuera del sitio de	Grupos o personas dentro del sitio de práctica

	internacionales, médicos, enfermeras o técnicos de la salud	práctica, intelectuales, activistas, académicos, u organizaciones de la sociedad civil	expertas en la realidad de ese lugar. Líderes comunitarios
Intencionalidad	Mejorar la calidad de vida de individuos y grupos en la población. Reducir la morbilidad de enfermedades crónico-degenerativas.	Incidir en el cambio de prácticas en salud de las personas y grupos sociales, que los expertos externos promueven y socializan.	Los colaboradores buscan la apropiación del conocimiento local para construir el experto con la comunidad. Sistematizar la práctica transformadora, respetando las decisiones locales.
Conocimiento principal utilizado	Contenido bio-médico, cuidadosamente seleccionado por personal de salud experto. Preserva el enfoque epidemiológico de riesgo, prioriza la atención primaria y en el discurso empieza a integrar el concepto de determinantes sociales, pero sin intención transformadora	Un grupo de expertos externos, asesora a las poblaciones, con contenidos científicos, técnicos y enfoque paternalista, usa algunas herramientas de la pedagogía crítica y la atención primaria	Local y experto identificado por agentes locales con ayuda de asesores promotores de salud. Se vale de herramientas de educación crítica, antropología, ciencia política y ciencias críticas para dar cuenta de las problemáticas en salud locales.
Destinatarios	En discurso a todos los grupos de población. En la práctica a grupos sociales por encima del límite de pobreza.	Grupos marginales y por arriba del límite de pobreza. Colonias y grupos urbanos propensos a riesgos	Principalmente a grupos marginales y por arriba del límite de pobreza y a grupos auto-organizados para el trabajo autogestivo
Práctica	Se basa en el discurso de cambio de hábitos desde el nivel personal e individual. Abogacía ante instancias médicas (relativa a desatención personal), Visión de cuerpo-territorio. Alianzas entre instituciones y consumidores	Utilización de técnicas pedagógicas progresistas, pero sin enfoque liberador, siempre dependiendo de agentes externos, enfatizando la educación para la salud. Y Abogacía, Busca promover alianzas entre instituciones y grupos de la población con problemas comunes	Busca la autogestión, construir el método de liberación que ayude a las poblaciones a tomar conciencia de sus problemas y la manera de resolverlos organizados, Construye abogacía y promueve alianzas entre grupos con problemática común pero con la finalidad transformadora.

Elaboración personal a partir de la propuesta de Chapela, 2010.

Las políticas en salud están dirigidas a “combatir a la pobreza”, estrategia que la retórica gubernamental dirige a hacer gastos en afiliaciones, en administración de este tipo de programas y no a lo que realmente se necesita para reducir la morbimortalidad regional: a hacer transformaciones en infraestructura sanitaria, a través de mejorar los niveles de atención primaria, y secundaria con el fin de impedir la sobre-saturación de hospitales de tercer nivel. (Berrio, 2013). Esta afirmación se constata en la realidad, existiendo un estilo de Promoción de la Salud Institucional que se caracteriza por quitarle la responsabilidad al Estado; al mismo tiempo que tiende a culpabilizar a la población de sus enfermedades a

través de promover el modelo de “estilos de vida” que tiende a individualizar la causalidad de la enfermedad.

1.3.1.- Promoción de la Salud Institucional

Los escasos fondos que el gobierno federal destina a este tipo de intervenciones focales están orientadas a reproducir el enfoque del salubrismo individualista basado en modificación de estilos de vida personales permea la Salud Pública en la región, misma que tiene sus bases en lo que Breilh (2003) define como epidemiología de los mínimos de supervivencia y que es una política dirigida a aplicar las *medidas mínimas para que los pobres no se mueran y no se pague el costo político de esas muertes*. Esta política únicamente reconoce como interventores en salud a profesionales de las ciencias de la salud que la mayoría de las veces no tienen sensibilidad hacia los procesos comunitarios, ni a sus prácticas en salud, ni tampoco reconocen a sus actores sociales, excepto cuando necesitan justificar el presupuesto de gastos en salud o para hacer proselitismo electoral.[18]

Desde esta ideología individualista se fomenta la idea de que la salud está en manos de los individuos; sobre todo en caso de enfermedades o accidentes, culpabilizando a las poblaciones de su “falta de cuidado”, eliminando la responsabilidad gubernamental de cuidar la salud de la población del gobierno. Pese al discurso preventivista de Promoción de la Salud, las instituciones en la práctica no llevan a cabo estas acciones preventivas, sino que se interviene sobre riesgos; es decir, cuando la salud de las personas ya está muy deteriorada y requiere otro nivel de atención; dejando de lado además la posibilidad de incidir en la determinación social, de ahí que sólo actúe sobre grupos específicos de riesgo, no sobre poblaciones.

Aunque en el caso de la muerte materna se ha buscado cambiar el enfoque de riesgo a un enfoque de emergencia obstétrica; sin embargo, en los hechos prevalece el de riesgos, porque no existe una red de atención con otras instancias de salud como IMSS, o ISSSTE que atienda a las personas que lo requieren en el primer nivel de atención. De ésta manera los hospitales de Segundo y Tercer Nivel de Atención, que son cuatro hospitales regionales, se sobre-saturan dando un pésimo servicio sin que las condiciones se transformen.

En el caso del Seguro Popular, el discurso fragmentador neoliberal es muy evidente, porque se han hecho campañas impresionantes de afiliación a la población y que incluso

[18] En el capítulo dos que habla del contexto guerrerense, Leal (2013) detalla ampliamente las prácticas gubernamentales de salud en el estado de Guerrero.

han ido hasta la montaña con personal de salud que afilia a la población, esto es muy distinto a realizar campañas de atención directa a la salud.

En ese sentido quiero destacar lo que Laurell (2011) ha revisado con mucha cautela, que una cosa es financiar el rubro de salud en un estado, con el Seguro Popular, su política de descentralización y de prestación fragmentada de servicios, y otra muy distinta, la acción de garantizar el acceso a la atención universal y gratuita, en tiempo y forma debida a la población en general, que es justo lo que no sucede en la región.

Además de adoptar modelos de colonialismo médico, enfocados en la transferencia de tecnología y modelos de servicios del mundo desarrollado, creando necesidades a la paupérrima población de la región que difícilmente podrán cubrir.

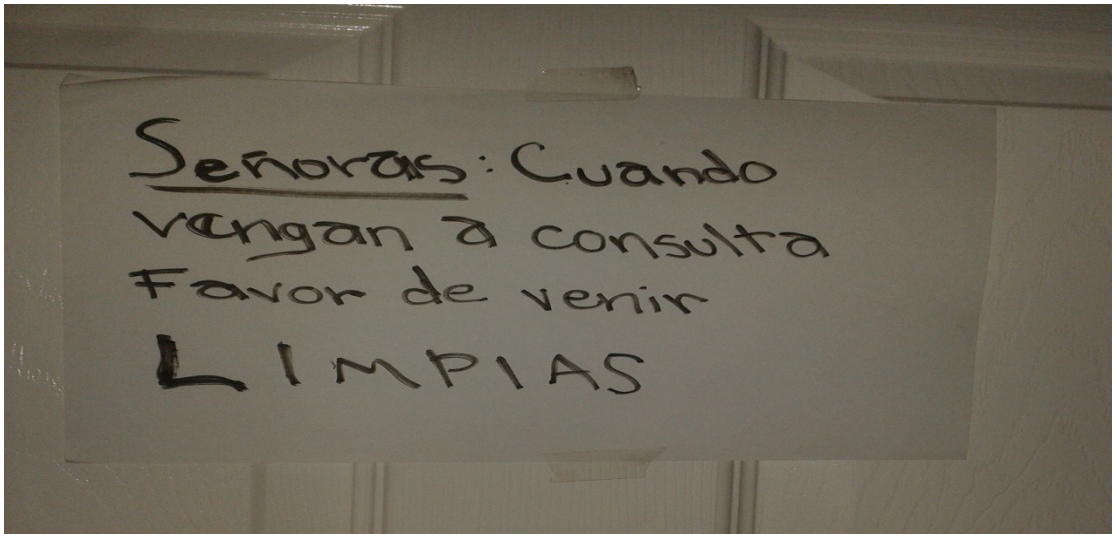
La práctica de la Promoción de la Salud, tiene características inherentes a la participación comunitaria y a la forma en que la población asume o no un proyecto para su emancipación; Herrera y Lobo-Guerrero (1988) elaboraron esta caracterización de promotorías de salud institucionales, que retomaré para el análisis de las prácticas:

Cuadro 2: Características del promotor de salud institucional.

1.- Diagnostica las enfermedades comunes y presta primeros auxilios a los enfermos. 2.- Repite los discursos memorizados sin mayor impacto en la comunidad. 3.- Facilita la labor de los profesionales médicos en la comunidad. 4.- Espera a que los problemas ocurran para buscar soluciones. 5.- Su lugar de trabajo es el Centro de Salud.

Fuente: Herrera y Lobo-Guerrero (1988)

Este perfil de promotor institucional, se asemeja a algunas prácticas del personal de salud de las instituciones federales que trabajan en la región, respecto a la falta de compromiso y cierta indiferencia por incidir en la participación comunitaria; que además presenta una actitud de desprecio muy marcada hacia la población de origen indígena (Camacho, 2013). Muestra de esto es la imagen que ilustra a continuación esta actitud del personal de salud institucional dicha imagen fue tomada del Hospital General de Tlapa en la entrada de uno de los consultorios.



Este mismo desprecio se ve reflejado en una preocupante falta de sensibilización hacia las necesidades de la población impactando así, en la calidad de los servicios de salud, como ya lo han denunciado varias organizaciones de mujeres, que incluso han visibilizado y puesto en discusión el concepto de *violencia obstétrica*, como una muestra de la existencia de prácticas violentas al interior de las instituciones hacia las mujeres, pero particularmente hacia las mujeres indígenas; aunque en el paquete básico de Promoción de la Salud: una nueva cultura; en el caso de los Centros de Salud de Cuajinicuilapa, y de Marquelia no se realizan acciones para prevenir embarazos no planeados o prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual por cuestiones machistas que detallaré en el siguiente capítulo.

A ese respecto, otro elemento que es importante destacar es que estas promotorías como las del Programa Oportunidades del gobierno federal perpetuán la visión patriarcal del papel social de las mujeres como cuidadoras de la familia, responsables exclusivas del hogar, evitando así que las mujeres tomen conciencia de sus derechos y de su autonomía. (Herrera y Suárez, 2011)

Los programas de educación para la salud surgidas desde el ámbito sanitario, tienen poca sensibilidad hacia la realidad comunitaria, como destaca Javier Uribe: (en Málaga y Restrepo, 2001:279):

> *"la escasa formación de recursos humanos para el abordaje de comunidades en problemáticas étnicas y sociales. [es un conflicto, porque] el personal de ciencias biológicas y de la salud, tiene limitada perspectiva para abordar cuestiones*

antropológicas"

Por todas estas dificultades para ejercer el Derecho a la salud, es que las promotoras asumen un papel protagónico en la lucha por construir ciudadanía a través de la búsqueda por la salud,

1.4.- Promoción de la salud emancipadora desde la medicina social

Algo que hace la diferencia entre estas concepciones de Promoción de la salud con una finalidad emancipadora, es la que deviene de la medicina social, porque esta corriente teórica ofrece elementos de análisis que explican la ruptura con el concepto biomédico de la enfermedad y el elemento de determinación social de la enfermedad, permite ampliar la explicación de la enfermedad a través de los procesos culturales y filosóficos regionales. Otro elemento importante teóricamente en esta investigación es la discusión de salud que se integra con temas como el de *bienestar humano (OMS, 2005) y* con las llamadas *necesidades básicas*, (Doyal y Gough, 2004). Esto sirve para argumentar las razones por las que las comunidades ejercen su derecho a la salud a través de lo que Colomer, (2001) explica como el derecho a *otras aspiraciones* y que en un momento se convierte en una bandera de lucha para los movimientos sociales. En ese sentido no sólo se contempla el derecho a tener una vivienda, alimentos, servicio médico y empleo digno, sino que se reconoce también la necesidad de acceder a otros componentes que construyen salud como: los derechos humanos, la paz, la justicia, la calidad de vida, la dignidad humana, la posibilidad de crear, de innovar, de sentir placer, de tener acceso al arte, la cultura, y a las aspiraciones humanas.

La promoción de la salud emancipadora busca que las intervenciones en salud estén centradas en incidir en la determinación social de la salud, orientadas al cambio social transformando sistemas múltiples e interdependientes que incidan en procesos sociales, culturales y políticos y así crear las llamadas opciones saludables para que la población pueda acceder a ellas. La diferencia radica en que ésta contempla aspiraciones que implican transformaciones profundas en los ambientes, los individuos y los grupos, para cambiar las condiciones negativas a su pleno desarrollo con equidad y con justicia social. (Restrepo y Málaga 2001).

En este debate por construir salud y autonomía, retomamos los aportes de Doyal y Gough, (1994) porque permiten visibilizar elementos clave en esta discusión para construir salud;

estos son la salud y la autonomía, como precondiciones de acción transformadora, si estas no se dieran, se daría un severo daño para las poblaciones. Para los autores, **la autonomía está estrechamente con la salud, como necesidad humana...**

> *"Puesto que la sobrevivencia física y la autonomía personal son las precondiciones de cualquier acción individual en cualquier cultura, constituyen las necesidades humanas más básicas aquellas que deben satisfacerse en algún grado antes que los actores puedan efectivamente participar en su forma de vida buscando alcanzar otras metas valiosas" (Doyal y Gough, 1994: 54)*

En ese sentido, destaco la lucha de estas promotorías, porque no sólo han buscando su propia supervivencia, sino la de su colectividad, para buscar satisfacer la necesidad básica colectiva de la salud física que constituye una necesidad humana básica.

Las comunidades de la región, pese al contexto y las condiciones económicas han buscado construir algunos pre-requisitos para que la promoción de la salud sea posible: sin la existencia de éstos, la propia Organización Mundial de la Salud, como instancia hegemónica y regulatoria mundial, advierte que es muy difícil construir un programa de salud; estos pre-requisitos son:

- Paz y ausencia de Guerra
- Igualdad de oportunidades para todos y justicia social
- Satisfacción de las necesidades básicas (alimentación, vivienda, seguridad, etc.)
- Compromiso político y apoyo público.

En ese mismo sentido, Doyal y Gough (1994) reconocen la necesidad de precondiciones universalizables necesarias que permitan una mínima participación para la acción organizada, y que sirvan como preámbulo para luchar por las necesidades básicas, en este caso: salud y autonomía.

De ahí que estas intervenciones sean mucho más valiosas, porque en este contexto donde el gobierno debería ser garante de estas condiciones, que en la realidad objetiva no existen; ellas han tenido que ir construyendo las condiciones de paz, de igualdad, de paliar la insatisfacción de necesidades básicas y de apoyo público; y además de eso, la atención propiamente a la salud.

Otro elemento importante que aporta la Medicina Social al tema de la exigibilidad de Derechos en Salud es el siguiente: el debate sobre los alcances del Derecho a la Salud y

del Derecho a la Protección de la Salud son distintos; para distinguirlos, puntualizan López, Blanco y Medina (2011:6)

> *"mientras el primero (Derecho a la Salud) engloba un conjunto de satisfactores que permiten resolver necesidades humanas esenciales, interrelacionadas para el logro de la salud e incluye en forma destacada los servicios de salud; el segundo (Derecho a la Protección en Salud) restringe su alcance a lo que los Estados desarrollan respecto a la atención de la salud, básicamente a través de sistemas institucionalizados que promueven la salud, previenen y atienden la enfermedad e incluyen diversas tareas que van desde la rectoría, regulación y normatividad, el financiamiento, organización, producción y prestación de servicios, hasta las modalidades de tutela del derecho y resolución de controversias".*

Estas diferencias nutren el debate y la búsqueda de las promotorías por construir exigibilidad y justiciabilidad en salud, porque ninguno de los dos derechos es cumplido a cabalidad por las instancias correspondientes, las políticas en salud en la región como ya se ha mencionado antes, distan mucho de ser garantes de las necesidades humanas esenciales en materia de salud, y el esquema de atención a la salud que existe en la región resulta de lo más precario para cubrir las necesidades reales de la población; por estas razones las promotorías han tenido que organizarse para crear conciencia en las comunidades respecto a que estas necesidades incumplidas y estas carencias no son justas, ni son naturales; sino que son parte de estas políticas desiguales en salud, y que hay que tomar acciones colectivas en salud capaces de cerrar estas brechas entre lo que se tiene y lo que se desea construir.

De ahí que la práctica de las promotorías ciudadanas que han vivido este proceso de concientización, se caracterice distinto, porque como surge de la realidad de los pueblos, tiene su origen en la problemática en esta carencia de Derechos y busca transmitir conocimientos tradicionales para paliar esta problemática, no con el objetivo de acrecentar más esta desigualdad, sino de ir construyendo acciones que repercutan positivamente en la salud de la colectividad. Para distinguir los fines y objetivos de la práctica emancipadora, del promotor comunitario, retomaré un cuadro de los autores Herrera y Lobo-Guerrero, a continuación:

Cuadro 3: Características del Promotor comunitario

Promotor comunitario.
• Investiga la realidad de su comunidad, • Es crítico y activo ante los factores de riesgo que afectan a su población. • Educa orientando a su gente y aprende de ella. • Comparte las actividades sociales económicas y político-culturales de ella. • Es un buen técnico sanitario, sabe dar cuidados a los enfermos.

Fuente: Herrera y Lobo-Guerrero (1988).

El enfoque emancipador de la Promoción de la Salud se caracteriza porque las acciones en salud que fomenta, están orientadas a favorecer el desarrollo del individuo y de los valores colectivos; buscan construir conocimiento y habilidades para lograr una comunicación efectiva y de abogacía y de cabildeo entre los destinatarios, para así acceder al campo de la política e incidir en los futuros viables colectivos. (Chapela, 2013).

Estas acciones en defensa de la salud que se han realizado en el territorio han tendido a considerar la reconstrucción de su práctica, a través de la concientización política, misma que ha facilitado la reducción de prácticas de subalternidad entre pares, a partir de incluir en el diseño de las prácticas de promoción de la salud, las siguientes dimensiones:

En ese sentido, Chapela (2013) en el siguiente cuadro identifica varias dimensiones de acción en las que inciden estas acciones colectivas en salud, tanto a nivel individual como en el nivel colectivo. (ver cuadro 5)

Cuadro 4: Seis dimensiones de una definición para la salud a partir de la tesis de Chapela

	Una capacidad humana corporeizada para decidir y construir futuros trascendentales, viables y realizarlos
HISTÓRICA	Para poder anticipar el futuro es necesario comprender la realidad individual y colectiva presente bajo la luz del pasado
SOCIAL	Toda comprensión y acción de la realidad pasada y presente se realiza en la red de las relaciones sociales. El cuerpo es el lugar donde se ejerce el poder
FILOSÓFICA	El sujeto humano es una extensión de la naturaleza y un sujeto ético, el constructor de su futuro trascendental, reconstructor del pasado y organizador del presente.
PSICO-BIOLÓGICA	Para el sujeto el cuerpo es medio de expresión, satisfacción de deseo, comunicación y desempeño, creatividad, racionalidad, emociones y habilidades.
POLÍTICA	La construcción de alternativas individuales y colectivas, elecciones y acciones es necesaria para decidir y construir futuros viables
ECONÓMICA	Cualquier acción viable implica utilización de recursos y organización de acciones.

Fuente: Chapela, 2013

Las promotorías hacen posible la construcción de proyectos autonómicos y de resistencia, en la medida en que contemplan estos ejes en su praxis comunitaria, que inciden desde los ámbitos histórico, social, filosófico, psico-biologico, político y económico en el poder comunitario.

La influencia en la dimensión histórica de las promotorías de la salud reconocen un pasado colonialista, que ha tenido efectos devastadores en su cultura, por eso al incidir en este eje las promotorías son capaces de romper con ese pasado de subordinación que oprime la posibilidad creadora.

La dimensión social destaca el papel protagónico de estas Promotoras como agentes del cambio social, surgidas de un proceso de organización, gestión, capacidad de abogacía, y construcción de luchas viables desde la cultura de los pueblos indígenas, respetando sus necesidades, su cultura y su autodeterminación.

En la dimensión filosófica se imbrica el sentido de la organización, que plantea Melucci (1999) como una búsqueda colectiva del fundamento ético y ontológico, con la construcción de proyectos en salud; este aspecto es algo que las promotorías preservan en el ethos imaginario de estas promotorías de salud.

En este intercambio de saberes que se ha abordado previamente, las promotoras han revalorado la importancia de cuidarse a sí mismas, como cuidan de los demás en un proceso dialéctico; en ese sentido, me parece muy importante la forma en que integran el aspecto psico-biológico a su práctica, integrando todos los aspectos de su subjetividad en la construcción de proyectos en salud de una manera creativa y holística.

Respecto a la dimensión política las promotorías han entendido la diferencia entre el poder-con y el poder-sobre, ellas tienen muy claro que han decidido construir el poder-con su comunidad y en el ámbito político esto se ve reflejado en la praxis que se realiza en la región, involucrando a las colectividades en acciones salutogénicas.

El ámbito económico es algo que aún se dibuja lentamente, por las condiciones de salud de la región, las políticas en salud y la escasez de apoyos económicos para la región; sin embargo también se ha aprendido a construir lentamente la autogestión en la medida en que las condiciones se van dando para incidir también en este eje de acción de la Promoción de la Salud con fines emancipadores.

En ese sentido, Lesvia Rosas y Julieta Fierro (2000) coinciden también en el análisis de estas multidimensiones que impactan la forma de relacionarse en el acto pedagógico, mismas que facilitarán la sistematización de la práctica y harán posible su transformación en una praxis social.

- **Dimensión personal:** se refiere a la vida privada del docente, de qué manera sus experiencias personales a lo largo de su vida en el ámbito docente van a impactar el proceso de enseñanza-aprendizaje.

- **Dimensión institucional:** Se refiere a la normativa institucional a la cual regula las relaciones de pertenencia institucional.

- **Dimensión interpersonal**: esta dimensión reflexiona en torno al clima institucional, los espacios y estructuras de participación interna, los estilos de comunicación, el tipo de convivencia existente, el grado de satisfacción de los distintos miembros por las formas de relación que prevalecen y los efectos que el clima de relaciones en la

universidad tiene en la disposición y el entusiasmo de los distintos agentes.

- **Dimensión social** contempla la forma en que el docente percibe y expresa su acción como agente educativo frente a sus destinatarios para analizar el cómo se configura cierta demanda para la actividad que desempeña, la cual, queda circunscrita a un momento histórico y a un contexto geográfico y cultural particulares.

- **Dimensión didáctica** el docente como un agente, que sirviéndose de los procesos de enseñanza, facilita la interacción del estudiantado con el saber que la institución propone, para que ellos construyan su propio conocimiento, valiéndose de los métodos de enseñanza, organización de los saberes, formas de evaluación.
- **Dimensión valoral** reflexiona ante: análisis de los valores que el docente manifiesta a través de sus actos, examinación de la vida cotidiana en la institución para descubrir qué tipo de valores se transmiten por medio de la estructura de relaciones y de organización y finalmente, revisión de las orientaciones de política educativa y de alguna declaración, de derechos humanos y de los estudiantes como referencias valorales más amplias para el quehacer educativo en su conjunto.

Esta reflexión de las relaciones ayudará en la sistematización de experiencias en promoción de la salud, con el fin de identificar las etapas que Oscar Jara (2012) para recuperar la práctica desde un enfoque participativo:

1) El punto de partida
2) Las preguntas iniciales.
3) Recuperación del proceso vivido.
4) La reflexión de fondo
5) Los puntos de llegada

Estas etapas son similares a las del Ciclo de Smyth, sin embargo en el segundo, la reflexión es más profunda y va guiando el proceso educativo hacia la reconstrucción de la práctica de las promotorías.

Estos esquemas pedagógicos detonan procesos críticos de educación surgidas desde las promotorías y que en su desarrollo abren espacios para el intercambio de saberes, el diálogo intercultural, la evaluación cuantitativa, la planeación y gestión conforme a sus necesidades.

1.4.1. El papel de la educación popular en la Promoción de la Salud emancipadora.

La educación popular es una tendencia pedagógica surgida de la conciencia de conflicto en las dictaduras en América Latina; de ahí su origen popular. Para algunos autores la característica más importante de esta consiste en fomentar que sectores sociales tomen conciencia de la realidad, se organicen y construyan la participación popular (Barreiro, 1968; Puiggrós, 1984; Mc.-Laren, 1991) La educación popular surge en un contexto de opresión, en Brasil de los años setentas, como una opción político pedagógica de liberación popular, pero sobre todo, con la finalidad de construir proyectos de futuro entre los sectores y excluidos de la población. (Puiggrós, 1993), pero una característica muy importante respecto al método de ésta corriente pedagógica destaca Torres (2011:26), es que busca:

> "*(la) construcción colectiva de conocimiento, el diálogo, el partir de la realidad y los saberes de los educandos, la participación y la articulación entre teoría y práctica".*

así como contribuir al fortalecimiento de los sectores dominados, como **sujeto histórico capaz de protagonizar el cambio social** y es en esta intencionalidad donde se vincula con la Promoción de la salud con un carácter emancipador, porque a partir de esos fines, se construyen metodologías educativas dirigidas a apropiarse de su salud, de su historia y de su territorio. Por estas coincidencias teóricas es que los formadores y formadoras de promotorías en la región deciden adoptar esta corriente pedagógica como herramienta de éste proceso comunitario de salud.

Otro de los factores que la convierten en una herramienta útil para el proceso emancipador es la apertura epistémica y filosófica, como señala Mc Laren:

> *"La pedagogía revolucionaria, apunta a una revolución epistemológica y ontológica en la manera en que pensamos acerca del "conocimiento" y del "ser" y de la relación existente entre ellos...y de lo que necesitamos para construir una praxis-crítica-dialéctica para construir un enfoque educacional alternativo" (Mc. Laren, 1991:250)*

Esta corriente ha tenido muchos desafíos tratando de articular lo práctico con lo teórico; y a la vez incidir en una reflexión político-pedagógica, en medio de la complejidad que implica la globalización neoliberal y la crisis de sistema socialista; y ha enfrentado los desafíos de construir organización en las diversas colectividades en resistencia, a través de la concientización y metodologías participativas que convierten a los participantes en sujetos históricos protagonistas de acción colectiva de clase. En ese sentido se convierte también en un desafío epistémico, dado que cuestiona el status quo de la ciencia y la política, y de este modo busca también incidir en la transformación social. (Osorio, 1990; Mejía, Awad, 2003)

De los elementos más representativos de esta corriente pedagógica se destacan;

- Buscar incidir en una postura crítica del orden social dominante, y realizar un cuestionamiento a la función adaptativa e integradora del sistema educativo formal.
- Tiene una intencionalidad política emancipadora ante estructuras dominantes.
- Identifica como destinatarios de estas intervenciones educativas a los sectores subalternos u oprimidos en su categoría de agentes de cambio, capaces de protagonizar un cambio social; y en esa conciencia busca empoderarlos.
- Uno de sus postulados, radica en que desde la educación es posible avanzar en la liberación actuando sobre la subjetividad popular, llámese conciencia, cultura o saber popular.

Por todas estas afinidades en los fines político-pedagógicos, es que los formadores y formadoras de estas promotorías de salud utilizan instrumentos de ésta corriente pedagógica, puesto que coinciden en la idea de que a través de la **educación popular** se puede construir colectivamente la toma de conciencia y la participación popular, misma que se genera a través de las formas comunales de organización y gobierno: consultas a la población, las Asambleas, el consenso, el trabajo comunitario o tequio.

Estas formas comunales como el tequio, son formas ancestrales de trabajo y organización colectivas, que son fundamentales en la región puesto que fomenta que todos los integrantes de una comunidad colaboren en faenas cuyo ejercicio incidirá en el bien común (por ejemplo arreglar una plaza cívica, pintar la escuela, obra pública donde todos se vean

beneficiados; reforzando esta idea del apoyo mutuo; como cuando alguna persona va a casarse se acostumbra que toda la comunidad vaya a ayudarle en la construcción de su casa, como forma de solidaridad y apoyo mutuo). Estas prácticas fomentan la participación de todos y todas los integrantes de la colectividad.

Para realizar estas acciones la Promoción de la Salud se vale de algunos métodos como la comunicación social en salud, el marketing social y la educación popular[19,]

A continuación retomaré este cuadro comparativo de corrientes pedagógicas existentes en la educación para la salud, para explicar las diferencias entre el enfoque tradicional y el enfoque emancipador, que aporta Chapela (2013)

[19] La educación popular se vale de muchas técnicas que fomentan la participación social, hecho que facilita la producción de conocimiento conjunto, la deconstrucción de paradigmas hegemónicos, la reconstrucción de prácticas y la crítica a las metodologías dogmáticas que obstaculizan el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Cuadro 5: Comparativo de Programas de estudio tradicional y emancipador

	TRADICIONAL	EMANCIPADOR
Estudiantes	*Seleccionados a través de exámenes fijos con un sistema de embudo en que se excluyen más estudiantes de los que se incluyen*	*Habilidades básicas de lectura y escritura asisten de manera voluntaria con responsabilidad colectiva*
Personal docente	*Expertos conocimiento médico especializado familiarizados con a representación y el contexto institucionales*	*Expertos con habilidades en planeación, investigación y comunicación familiarizados con el contexto local*
Escenario	*De las instituciones*	*De los estudiantes*
Contexto	*Individual, institucional*	*Colectivo-no institucional*
Énfasis en el conocimiento	*Adquisición y reproducción de contenidos especializados específicos*	*Herramientas para traducir y construir conocimiento significativo*
Fuente de conocimiento	*Científico, técnico, restringido a contenidos médicos fijos. Experto e institucional*	*Sentido común, popular, conocimiento experto e institucional*
Usos del conocimiento	*Acumulación, responsabilidad de la institución, prestigio como mercancía*	*Resolver problemas, analizar de manera crítica el mundo objetivo y subjetivo, cambio*
enfoque	*contenidos*	*problemas*
objetivo	*Establecido por la institución*	*Establecido por los maestros y los estudiantes*
Programa de estudio	*Conocimiento médico a través de programas fijos que se usan en la mayoría de los cursos de entrenamiento del personal de salud*	*Los contenidos deben diseñarse para responder a la comprensión de problemas. Un conjunto básico de contenidos usados como herramientas*
Problemas propuestos	*Fijos, basados en decisiones generales (nacional, internacional) orientados en la enfermedad y la tecnología, sin diferenciación de otros programas*	*Exclusivos, locales con consideración del contexto local, regional y nacional. Vistos como una fracción de problemas complejos de relevancia colectiva.*
Método	*memorización*	*Identificación/ investigación / práctica/circulación*
Proceso de aprendizaje	*Aprendizaje memorístico, mecánico*	*Reflexión contraste*
Locus de aprendizaje	*individual*	*colectivo*
Proceso cognitivo	*Compartimientos de conocimiento, sin relación con la realidad compleja. Colección*	*Vinculación, categorización, adaptación*
validación	*Examen experto*	*Contraste con la realidad, reconocimiento colectivo y de pares*
certificación	*Premio, icono*	*Reconocimiento colectivo*
Valor simbólico	*Prestigio, poder*	*Satisfacción individual y colectiva*
Valor material	*económico*	*Herramienta para ayudar a resolver problemas colectivos.*

Fuente: Chapela, 2013

La elección de determinada corriente será determinante en los fines de la Promoción de la Salud que se reproduzca, porque de esta dependerá el nivel de participación social que se genere y que detone acciones organizativas en torno a la salud.

De ahí, que los formadores y formadoras de promotorías de salud con fines emancipadores

hayan hecho la elección de esta corriente pedagógica para involucrar a la población en proyectos de salud.

1.4.2.- Ciclo de Smyth

John Smyth, como parte de un grupo de pedagogos progresistas australianos, hacen algunos círculos de reflexión ante las recurrentes fallas en las prácticas académicas de la educación secundaria. A partir de estos círculos construyen una propuesta que denominan: "Una pedagogía crítica de la práctica en el aula", Smyth (1989: 276), esta propuesta colectiva pretende ser:

> *"Un intento de desarrollar una réplica politizada a las inconexas experiencias de formación continua que yo y otras personas habíamos vivido como profesores de aula".*

Sin embargo, este equipo docente con el fin de enfrentar esta fragmentación y descontextualización de su práctica, construyen un instrumento útil de sistematización reflexiva de la práctica docente que aporta muchas posibilidades críticas a la práctica docente en todas las dimensiones del acto educativo. (Farias, 2009; Rosas, 2001) y destacan que este ciclo puede coadyuvar a revisar la práctica docente fortaleciendo las siguientes dimensiones:

- En la dimensión personal:

  Auto-percepción profesional, creatividad, definición de situaciones problemáticas, toma de decisiones. Observación reflexiva, comprensión del proceso popular de enseñanza-aprendizaje.

- En la dimensión interpersonal:

  Capacidad de compartir experiencias con otros, actitud receptiva hacia críticas y elogios, capacidad de diálogo y escucha, capacidad de establecer acciones de mejora después de la confrontación.

- En la dimensión institucional:

  Presencia de una postura de indagación frente al liderazgo, desarrollo de una visión compartida con el grupo, pensamiento crítico

- En la dimensión social

Desarrollo de iniciativas de mejora al contexto social de la práctica, concepción del impacto social de la propia práctica docente.

Dada la enorme posibilidad reflexiva presente en este Ciclo, decido tomarla como instrumento de revisión de la práctica docente de las promotorías con un sentido crítico, El Ciclo de Reflexión de la Práctica Docente consistente en un proceso de sistematización consistente de cuatro etapas que se ilustran a continuación:

Diagrama 1: Ciclo de Smyth (1989)

Fuente: Smyth (1989)

Las fases de este ciclo reflexivo comienzan con la **descripción**: que consiste en iniciar a registrar experiencias que posteriormente pudieran ser analizadas y compartidas, buscando instrumentos como bitácoras, diarios, o medios audiovisuales que nos permitieran reflejar regularidades, contradicciones, hechos relevantes y hechos irrelevantes de nuestra experiencia.

Posteriormente la **información** o inspiración consiste en reflexionar en ¿qué teorías inspiran mis prácticas? Analizar las descripciones para intentar determinar las relaciones entre los distintos elementos. Sobre la base de esto, hacer una serie de de declaraciones

del tipo: parece como si...e irlas registrando.

A continuación la fase de **confrontación,** consiste en indagar ¿cuáles son las causas de las declaraciones anteriores? Tales como: supuestos valores y creencias, el origen de las mismas, ¿qué prácticas sociales expresan, qué es lo que mantiene mis teorías, qué es lo que encierran mis teorías, qué relación existe entre lo personal y lo social, qué intereses están siendo servidos?

Por último, en la etapa de **re-construcción:** ¿Cómo podría cambiar? ¿qué podría hacer diferente, qué es lo que considero importante desde un punto de vista pedagógico, qué es lo que tendría que hacer para introducir esos cambios?

Las dimensiones que integran la práctica, en este caso educativa no-formal, son elementos que aportan criticidad a un proceso pedagógico emancipador, en la medida en que cuestiona la propia práctica y es capaz de incidir también en problemáticas como la auto-percepción de las promotoras de salud, que muchas veces se invisibilizan por la dinámica de las organizaciones de la región.

Este elemento es muy interesante en la transformación de la práctica, puesto que incide en aspectos como el autocuidado, que permiten la continuidad de éstas acciones, en la medida en que fomentan la auto-evaluación y la consolidación de proyectos colectivos en salud.

1.5.- Promoción de la salud intercultural

Entiendo como relación intercultural de la ciencia, la que da una visión dialéctica de los procesos críticos desde una nueva subjetividad y que ayuda a construir una opción de salud contra-hegemónica, (Breilh, 2003) integrando las fortalezas de todas estas culturas, buscando el bienestar comunitario. Estas relaciones también implican una concepción que concatena diversas miradas de la ciencia, que asuman la existencia y posibilidad de varias fuentes del saber (como el conocimiento académico, la ciencia de base ancestral de los pueblos, el conocimiento popular en herbolaria y plantas curativas, los paradigmas interpretativos de la salud y relaciones armónicas con la naturaleza, las concepciones sobre los modos de vida y patrones solidarios de trabajo y consumo, las formas de control colectivo de la gestión en salud) que construyan en los aspectos: práctico, conceptual y

metodológico su objeto de transformación en salud. Roberto Campos, (2004: 129) la define como:

> *"la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes".*

La realidad objetiva en la región nos habla de interacciones muy distintas en la práctica cotidiana, a pesar de los esfuerzos institucionales en los servicios de salud; como el diseño de una estrategia en competencias interculturales para el personal de salud (DGPLADES, 2009) sigue existiendo una marcada discriminación hacia las personas con culturas distintas a la occidental, y se sigue concibiendo su conocimiento como algo subalterno en la jerarquía epistémica, ejerciendo violencia cultural hacia las comunidades indígenas.

El Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1978) impartido en las facultades de medicina del país reproduce esta jerarquía de saberes; el currículum impartido en estos centros del saber preserva un racismo epistémico colonial (Campos, 2004) que sigue determinando la validez de los conocimientos y desde sus formas de exclusión política hace un "blanqueamiento" epistémico que limita y controla los saberes, también tiene que ver con una cuestión patriarcal, porque muchos de éstos conocimientos valiosos han sido descubiertos por las parteras y curanderas de la región. Bolívar Echeverría, (2007) denuncia que en medio de esta jerarquía de saberes, la visión occidental, pone en un rígido molde todos los conocimientos, desde la blanquitud, entendida como el sistema de valores, creencias y estándares que Europa y Estados Unidos consideran como válidos, aceptables y preservadores del *status quo*.

Con esto no niego las grandes aportaciones de la ciencia occidental, pero sin dejar de reconocer los abusos y omisiones del poder colonial que con su política de racismo y exclusión a conocimientos femeninos y sobre todo indígenas que sesga las aportaciones al nuevo paradigma decolonial[20], por ejemplo: el caso de la partería que despierta

[20] Para Catherine Walsh y Ramón Grosfoguel (2011) la crítica decolonial es una postura epistémica que denuncia la existencia de relaciones de poder en el conocimiento, que los países primer mundistas han impuesto a toda la comunidad científica con el fin de ser jueces de todos los conocimientos que deberán ser tasados con sus criterios de validez, objetividad, certeza, ahistoricidad, apoliticidad acriticidad.

además el miedo humano ante la relación vida-muerte, fluidos-placenta-esperanza, aumenta las razones para que sea discriminado sin argumentos científicos claros por muchas instituciones gineco-obstetras patriarcales, así como el elemento frio-calor que es parte la cosmovisión médica tradicional mexicana, que consiste en clasificar las enfermedades de frío o de calor y que aborda como eje de curación la regulación de éstos desequilibrios, mismos que en paradigma positivista son descalificados por completo (en las estancias hospitalarias por puerperio se obliga a las mujeres recién paridas a consumir alimentos de frío, -como la sandía o la calabaza- que en su cosmovisión las van a enfermar, y a causar desequilibrios). De ahí que (Uribe: 281, en Málaga y Restrepo, 2001) destaque:

> *"la importancia de la aplicación de los principios generales del manejo cultural porque brindan las condiciones necesarias que garantizan la salud física y espiritual del pueblo indígena.[las curadoras...] Bajo la vigilancia y la tutela de los sabios y ancianos de las comunidades indígenas con fundamento en el conocimiento milenario que poseen a través de la tradición de cada pueblo indígena, sanan desde su cultura"*.

Algunas parteras mencionaban que estaban acostumbradas al rechazo y al desprecio, a que no les pagaran por sus servicios, y que hasta a veces cuando en la comunidad preguntaban por algún remedio para enfermedades, algunas personas las consideraban como supercherías. La Maestra Bernardita, promotora de salud de Pueblo Hidalgo, comentó en entrevista que cuando sus vecinas le llegaban a pedir algún jarabe para la tos, lo hacían con cierta soberbia, "como si le hicieran el favor" y que obviamente no estaba acostumbrada a recibir ningún pago, ni reconocimiento.

Pese a que la Organización Mundial de la Salud, impulsó su iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas en las América, en el campo de la Promoción de Salud, puesto que al revisar la

doctrina de esta estrategia definida en la Carta de Ottawa, adoptada por la Primera Conferencia de Promoción de la Salud en 1985, es el medio para lograr lo que este mismo documento define como medio para que las poblaciones se apropien del control de la salud.

Respecto a los debates sobre la Promoción de la Salud y su vínculo con la autonomía estatal, es importante analizar los discursos contenidos en las políticas de Promoción de Salud de las Agencias Internacionales y las del gobierno federal (Iniciativa SAPIA -Salud Para los Pueblos Indios de las Américas-, Competencias interculturales en salud de la Secretaría de Salud, Programa Oportunidades). Y si estos discursos son dispares, en la medida en que desde el relativismo cultural[21], ignoran la relación jerárquica entre pueblos indios e instituciones gubernamentales.

En torno a los objetivos de esta investigación, me pregunto: ¿se puede construir "respeto entre las culturas", "diálogo", o "tolerancia"? con políticas excluyentes de las demandas indígenas y con instancias que ni siquiera los reconocen como sujetos de derecho, Por eso las acciones colectivas en salud se han replanteado refundar el Sistema de Salud, o integrarse con ellas construyendo otra relación donde el poder esté más equilibrado, rescatando el enfoque de la interculturalidad crítica. (Viaña, Tapia, Walsh, 2010).

Para construir interculturalidad como los pueblos necesitan no basta con hacer programas bilingües que reproduzcan el sanitarismo individualista, acciones como: poner letreros en mixteco o tlapaneco en los hospitales, esto sigue siendo insuficiente, mientras sigan poniendo obstáculos burocráticos irrisorios para la atención de los pueblos[22]. Los programas de salud requieren un enfoque jurídico realmente incluyente, que reconozca la existencia de determinantes sociales del proceso salud-enfermedad y que se actúe en la estructura económico-política de estos, para transformar realmente este perfil epidemiológico tan doloroso para los pueblos, habría que actuar con verdadera voluntad política.

[21] Con el discurso relativista de usos y costumbres, que las instituciones respetan sólo cuando les es conveniente.

[22] En los hospitales de Tlapa se les ha negado la atención a las personas con el argumento "que están sucios", sin considerar que para llegar al hospital esta gente tuvo que atravesar la montaña durante más de 4 horas en un camino de terraceria y lodo para tener atención médica. O bien, porque no llevan su acta de nacimiento, cuando muchas personas ni siquiera fueron registrados al nacer ante el registro civil municipal (Tiburcio, 2009) y muchos se mueren en el proceso de ir al hospital.

En ese orden de ideas, Viaña, (2010:11) asevera que sólo se puede concebir la **interculturalidad crítica** si reconoce:

> "*una intervención de paridad entre subalternos y grupos dominantes, que componen instituciones del mundo liberal capitalista que aseguran la apertura de un nuevo tipo de democracia con elementos de democracia directa, [o auto-representación] por medio de usos y costumbres de los pueblos indigenas...abriendo un nuevo tipo de constitucionalismo y de proceso democrático*."

Puesto que admitir esta relación desigual es el primer paso para avanzar en lo que López Bárcenas (2011) propone como la refundación de los Estados nacionales con una inclusión de los pueblos indios, esta propuesta, contrario a lo que pretenden hacer creer los grandes capitales, implica fortalecer al Estado, porque si éste reconoce a los pueblos indígenas como sujetos de derecho, se vuelve un Estado fuerte e incluyente con todos los sectores de la población.

La existencia de pluralismo médico abre el debate en esta investigación para ampliar cómo es que los pueblos viven esta interculturalidad crítica en salud; y la manera en que con sus recursos han buscado cerrar no sólo la brecha económica y política en la forma de construir salud, sino también la brecha epistémica, que se preserva en prácticas contra-hegemónicas.

Las promotoras han rescatado sus conocimientos tradicionales, manteniendo resistencia ante la medicalización hegemónica; las promotoras de la región, se caracterizan porque hasta la fecha han preservado la función social de la Promoción de la Salud basada en participación comunitaria, haciendo válido en la práctica el espíritu emancipatorio de Ottawa con la acción comunitaria y su esencia apoderante[23], misma que ha tenido impacto organizativo y autogestivo en las prácticas de prácticas de promoción de salud.

[23] En Promoción de la Salud se entiende el concepto apoderante como la capacidad de "a-poderar" tomar en posesión de alguna capacidad de decisión por voluntad personal. Este término es diferente de "empoderarse" que viene de la palabra inglesa "empowerment" y en esencia el empoderarse implica que algún agente externo le da el poder a otro. En el *apoderamiento* que utilizaré a lo largo de este trabajo, las personas o comunidades deciden tomar el poder y hacerse cargo de las acciones que devienen de esta toma de poder individual y colectivo.

En éstas prácticas, ellas retoman elementos de la Educación para la salud, pero no se limitan a las intervenciones preventivistas individuales de las políticas en salud pública (basados en un higienismo biologicista divorciado de las causas económicas de las enfermedades) sino que conciben que ésta va acompañada de un proceso social que busca incidir en los determinantes de la salud, en los cambios estructurales que provocan la causalidad de los problemas de salud-enfermedad en las poblaciones, a través de la organización de las comunidades, que acompañan con estrategias de gestión e instrumentos de participación comunitaria. Para esta promotorías, el crear ambientes que favorezcan la salud, implica producir cambios individuales, grupales y comunitarios (Colomer, Álvarez 2001), que fomenten la organización de todas las comunidades en este proceso por construir un **territorio saludable.**

El aspecto de la cosmovisión indígena impacta también en la relación médico-paciente, dado que con la globalización y la institucionalización de la salud, ésta relación entra en crisis, deshumanizándose, pasando por la fría objetividad del personal institucional; en la actualidad se ha roto ese lazo íntimo relacional con el “médico de cabecera”, que acompaña el proceso de salud-enfermedad-atención, en contraposición, las instituciones de salud se hacen cargo de esto. (Albó, 2004); sin embargo en Guerrero, con un Sistema de Salud tan endeble, esta relación es casi nula; esta es otra razón por lo que las promotoría de salud son valiosas en la construcción de territorio, dado que con su acción fomentan la integración comunitaria, que a su vez, también sana el cuerpo social.

El poder sanador de la comunidad, también se vincula con la etiología de la enfermedad, y la forma de atender la salud y la curación. **La salud como principio de vida** es una de las características más importantes de la **cosmovisión en la salud** de los pueblos indígenas, porque va de la mano con el concepto de medio ambiente, que se articula con la relación entre el hombre, con la naturaleza y el cosmos que hacen la unidad del conocimiento en salud y que junto a esos elementos se integra la sabiduría espiritual, que es otro elemento fundamental en la construcción en salud.

En contraposición, se concibe a la enfermedad propia como desequilibrio natural que

consiste en la relación que tiene un individuo con la naturaleza o con la sociedad. De ahí, que la curación tenga que ver también con sanar el cuerpo social, sanar el equilibrio entre el individuo, la naturaleza y el universo, buscando eliminar aquellos elementos que los atan a un pasado de subordinación y que restringen su acción filosófica y política (Breilh, 2007)

1.5.1.- Interculturalidad que produce comunalidad: juwáa majaa -tlapaneco- (vivimos en paz) / ka tuku yo va´a -mixteco- (estamos bien)

Uno de los hallazgos principales, entre las diversas comunidades, fue el deseo recurrente de construir el concepto de bienestar comunitario, en los trabajos de la mesa de salud, y en diversos talleres, comentaban acerca de la necesidad de construir ese bienestar comunitario que en las cosmovisiones andinas lo refieren como el Sumak Kawsay-Buen vivir, entendido como:

> *"el paradigma de vida de los pueblos andinos que abarca lo humano, lo natural, lo ancestral y lo divino; el desarrollo, la economía sustentable, la salud, espiritualidad, política, cultura, soberanía alimentaria y la vida" (Cachiguango, 2010: 65)*

La etiología de la enfermedad tradicional, es otro aspecto que considero importante vincular en este proceso de conocimiento, que ha sido socavado por la ciencia occidental, no sólo en lo científico, sino en lo ético y afectivo. Para las comunidades el **tejido comunitario, tiene un poder sanador en sí mismo**, por su carácter reparador en los ámbitos de la salud. La urdimbre colectiva, es una protección de las políticas exteriores: *"el poder curativo de las prácticas de auto-atención, (lazo comunal) que se legitima con las organizaciones...* (Campos, 1992:14) como las promotoras de salud lo mencionan desde su concepto de salud:

> *"ya no vivimos bien" - nangua juwa májalo - en tlapaneco, por toda la influencia del alcohol, de los hombres que cuando se emborrachan, les pegan a sus señoras y no les dan dinero. y por los jóvenes que contaminan los caminos, tiran la basura, ya no respetan (emic). Hay*

> *mucha corrupción, y la gente ya no está unida, ya no'más ven por ellos mismos, ya no por el pueblo, todo eso hace que nos enfermemos. Porque la unión también cura...y si no hay unión, también nos vamos enfermando. (Testimonio de la Promotora Bernarda Macedonio)*

Este concepto está vinculado con la **cosmovisión indígena** basada en buscar un equilibrio de la naturaleza, una armonía colectiva con el cuerpo y con la madre tierra[24], para construir del bienestar o bien vivir colectivo, ka tuku yo va´a (en mixteco), como lo definen las Promotoras de la región:

> "...*Que respetemos el ambiente, que juntos cuidemos el agua, y nos organicemos para cuidar el territorio, defenderlo todos, de las mineras. Queremos que los del gobierno terminen la obra hidráulica que dejaron pendiente allá en Cuana y que ya contamina todo allá arriba" (Participantes del taller de Salud en Yoloxóchitl, 2012)*

Esta definición colectiva surge de la pregunta que es salud, en un taller realizado en Yoloxóchitl acompañando a la promotora Asunción, donde la comunidad está consciente de la desigualdad económica y política, así como de las formas de despojo que ejercen las empresas mineras en detrimento de la salud de su territorio.

1.5.2.-Territorio, lugar y teoría crítica de-colonial

La conciencia colectiva sobre el vivir bien en las comunidades y la necesidad de construirlo, ha sido un motor de organización, de resistencia y de lucha entre las comunidades, que ha sido capaz de detonar procesos sociales de organización en la construcción de la anhelada salud comunitaria, como ya lo han hecho otros pueblos en su camino construir autonomía[25]
Para entender estos procesos detonantes de acción colectiva, es importante definir el concepto de territorio, este puede tener dos acepciones distintas: *territorio como carencia* entendida como el origen detonante de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) como un indicador; estas necesidades insatisfechas que generan acciones en salud en determinada población (Breilh, 1991; Boltvinik, 1995 y Blanco y López, 2003) y la otra acepción de

[24] En la mesa de salud del XVI Aniversario, las promotoras de salud hablaban de la necesidad de construir el Buen Vivir y lograron definirlo como el bienestar en la comunidad; muchas de las acciones encaminadas a esta construcción, articulan acciones colectivas con la cosmovisión indígena como 'no maltratar a la madre tierra', como la minería a Cielo abierto que pretende: "escarbar las entrañas de nuestra madre" llenándola de venenos".

[25] Como la declaración de Moisés Gandhi, que en 1997, elaboran conjuntamente este documento donde los promotores y promotoras definen que es la salud y como la van a construir desde las comunidades, misma que se discutió en la mesa de salud.

territorio como potencialidad que se nutre del discurso de-colonial latinoamericano (Escobar, 2005; Santos, 2007); se define territorio como espacio de resistencia y emancipación; mismo que se articula con nociones de geografía crítica. (Harvey, 1977; Santos, 2000) y de Derecho Indígena. (López Bárcenas; 2005, 2007; Flores, 2007; López y Rivas, 2005)

La primera acepción del concepto territorio, se concatena con el concepto de perfil epidemiológico (Breilh, 2003) en la medida en que explica la segregación socio-territorial en la región, a partir de necesidades básicas insatisfechas que determinan un patrón de daño diferenciado a la salud de las poblaciones (López y Blanco, 2003) y aporta elementos para identificar una región vulnerabilizada en los aspectos de salud y determinación social; López y Blanco, (2003: 116) lo definen así:

> *"El concepto territorio-población orienta la caracterización de zonas diferentes respondiendo a condiciones distintas de espacialidad. El territorio se concibe como la articulación específica del conjunto de relaciones, condiciones y proceso de reproducción de los diferentes grupos sociales en un ámbito geográfico concreto, que incluye tanto las particularidades geofísicas como del equipamiento básico, servicios, tipo y calidad de la vivienda como las características económicas, sociales y culturales de la población ahí asentada*"

En la teoría crítica decolonial, se define como lugar, dado su carácter identitario, de resistencia cultural, y que da cuenta de algunas especificidades epistémicas y simbólicas que han venido construyendo conocimiento local y en un contexto globalizado y que impacta en otras experiencias antisistémicas a nivel global; en el tenor de lo antisistémico, el lugar se convierte en un espacio simbólico de crítica y de resistencia anticapitalista, porque en el se construyen resquicios políticos, culturales, éticos de diferencia epistémica; donde sus relaciones aún no se unifican ni se rigen por la lógica de mercado, y donde se pueden reivindicar esa inferioridad a lo no-europeo establecido por la modernidad occidental. (Escobar, 2005) El concepto de lugar, en la región donde investigo, me sirve para explicar también parte de la cosmovisión indígena que aún está conectada con el imaginario mixteco y tlapaneco, permeado aún con ese ethos[26] colectivo que tiene otro sistema de valores caracterizado por tener mayor conexión con la ecología y el territorio,

[26] Se refiere al ethos como morada de las virtudes del ser (Chapela, Cerda, 2010).

esta conexión permite tener un contacto más directo con el otro, logrando así tejer más finamente la urdimbre social. De ahí que para algunos autores, el lugar es entonces, un reducto donde se pueden consolidar realidades antiutilitaristas, descolonizadoras, donde la cultura se vuelve plural y se reconoce la vida participativa. (Escobar, 2005)

Otro concepto que nutre la idea de territorio en la acepción potencializadora es la de los movimientos que reivindican la autodeterminación indígena; para Flores, (2007: 85)

> "*el territorio comprende no sólo el contorno físico, y los atributos productivos que sustentan la reproducción de los sujetos; el paisaje y la frontera de los bienes materiales; es consustancialmente una síntesis de relaciones y prácticas culturales en dónde se materializan los valores y se ejercen las normas de convivencia en la práctica del poder; donde se recrean los sentimientos de seguridad y donde los símbolos cobran sentido*"

Pese a estas posibilidades de creación en el territorio, no pretendo idealizar éste concepto para enaltecer la diferencia regional, sino para reconocer su papel político como espacio de resistencia, organización y emancipación ante la voracidad uniformista neoliberal y a los modelos hegemónicos de la medicina biologicista con su eficacia pragmática.

Del mismo modo, el argumento que busco apuntalar con estos debates, es la de el vínculo directo como antídoto contra el dominio del mercado. (Perea, 2006)

Las promotorías construyen comunalidad en la medida en que también reivindican la eficacia simbólica a través de resarcir la fe en la colectividad.

Esta misma colectividad porta cierta cura ritual y da composición simbólica paliando la deficiencia estructural (Moreno, 2007). En este caso las prácticas interculturales en salud, integran la medicina herbolaria, con conocimientos biomédicos, para así abordar el proceso de atención a la salud desde las tres dimensiones que la antropología de la salud contempla: la dimensión orgánica relativa al desorden fisiopatológico del organismo (*disease*); integrada con la concepción indígena socio-cultural, relativa a la subjetividad y el padecimiento (*illnes*) y la disfunción social (*sickness*), es decir, la manera en que la comunidad vive y atiende la enfermedad. O como lo diferencia Amézcua (2000):

Cuadro 6: Dimensiones de la enfermedad

• *Illnes: enfermedad como objeto, el padecimiento y la parte cultural y personal de la enfermedad*
• *Disease: enfermedad y su relación con el individuo, proceso fisiopatológico de la biomedicina*
• *Sickness: enfermedad y su relación con el cuerpo social; dimensión simbólica, ideologías en torno a la enfermedad.*

Elaboración personal con datos de Amézcua (2000) y Martínez (1992)

Equiparando la comunalidad que crea este acto integrador en el proceso de atención a la salud, retomaré la propuesta de Parsons (1951) quien compara el cuerpo orgánico individual, con el cuerpo social; en el sentido en que las disfunciones son también como un motor que los obliga a buscar ayuda para estar bien y no ser una carga para la sociedad. Parsons asevera que la desviación y la enfermedad son positivas, en la medida en que el rol del enfermo, expone a la persona desviada a la acción de fuerzas reintegradoras; en ese sentido, las Promotorías, decidieron por si mismas reestructurarse, atenderse por su propia cuenta, pero también reconocen la responsabilidad del Estado, que les hace padecer estas ausencias en salud que como ciudadanía merecen.

De los elementos que producen comunalidad y que retoma Díaz, (2007) para explicar esta relación inmanente entre la energía de los seres humanos y la naturaleza como pilares de la comunalidad indígena del pueblo mixe de Oaxaca retomo los siguientes:

- Concepción de la Tierra como Madre y como territorio
- Los acuerdos en Asamblea para la toma de decisiones
- El servicio gratuito, como ejercicio de autoridad
- El trabajo colectivo, como un acto de recreación
- Los ritos y ceremonias como expresión del don comunal.

En las cosmovisiones tlapaneca y mixteca, estos elementos también se reproducen y también tienen ese efecto identitario en la región; puesto que se concibe la relación con la Tierra de dos formas muy importantes:

"*a través del trabajo en cuanto territorio, y a través de los ritos y ceremonias*

familiares y comunitarias, en tanto Madre" (Díaz, 2007: 41)

Los rituales en la región tienen el mismo sentido unificador, la petición de lluvias a San Marcos, la fiesta de los tecuanes, el agradecimiento por las lluvias a San Miguel, la ofrenda de animales, los cantos de petición representan acciones sagradas que tienen un profundo sentido identitario, como lo asevera Rangel (2001:199):

> *"el pensamiento mítico sustenta la realidad de la comunidad, le confiere sentido a su quehacer cotidiano, así es como el ritual de petición de lluvia recrea esta verdad primera que permitió al hombre ser".*

En ese sentido, la comunalidad y la ritualidad indígena otorgan un poder colectivo místico y simbólico (Eliade, 1999) muy poderoso que es capaz de crear condiciones óptimas para sanar las necesidades espirituales de la comunidad, también aporta elementos para dar sentido vital al enfrentamiento de dificultades colectivas, elaborar duelos, resignificar situaciones difíciles y estrechar vínculos entre la comunidad.[27]

1.6.- Autonomía, emancipación y resistencia

La construcción de espacios de resistencia política se asocia a la historia de la región y a la cosmovisión indígena que mantiene la reproducción social de instituciones comunitarias en ese espacio, pero sobre todo, la organización como fuente de poder colectivo, que es capaz de hacer valer el derecho a la salud.

Aunque para la población de la región es importante mejorar sus condiciones de vida a través de acciones como: tener un piso firme de suelo de cemento, construir mejores condiciones de infraestructura civil y la lucha por tener algún beneficio gubernamental; se valora más la organización y el poder que se genera colectivamente para producir espacios de resistencia política; éste proceso ha devenido de una toma de conciencia colectiva sobre el poder de la organización y la resistencia que se crea ante las políticas del Estado, construyendo el gobierno que los pueblos necesitan. Existen muchas definiciones de autonomía y de autodeterminación, en la región existe la autonomía en los hechos, que hace posible un gobierno comunitario. Para López Bárcenas (2011: 87):

[27] Cuando las situaciones políticas entre la CRAC y la UPOEG estaban más álgidas, varias promotoras realizaban rituales como cantos, rezos, lectura de cartas, ofrendas de velas y flores, así como misas para que cesara la violencia entre las comunidades y para integrar a las comunidades de nuevo. Mucha gente aunque no estuviera de acuerdo, por ejemplo con las limpias, se integraba a los rituales como una forma de unión colectiva.

> *"las autonomías surgieron como expresión concreta de la resistencia de los pueblos indígenas al colonialismo y la lucha por su emancipación".*

esta explica la forma en que las comunidades construyeron autodeterminación; sin embargo, existen otras definiciones que articulan lo individual con la autonomía colectiva, que retomo de Thwaites (2011); para la autora, la autonomía individual se compone de la participación igualitaria de todos en el poder; mismo que deberá ser cuestionado por cada individuo que integra la colectividad, haciendo posible transformaciones revolucionarias, la autora parafrasea a Castoriadis, considerando que esta posibilidad reflexiva como su potenciadora de autonomía es posible...

> *"crear las instituciones que, interiorizadas por los individuos, faciliten lo más posible el acceso a su autonomía individual y su posibilidad de participación efectiva en todo poder explícito existente en la sociedad" (Castoriadis, 1990 citado en Thwaites 2011: 161)*

Este proceso de concientización individual que impacta lo colectivo, se da a través de los procesos reflexivos, educativos y organizativos que fomentan las promotorías a través de sus prácticas en salud.

Para las personas de la comunidad se ha vuelto prioritario fomentar la medicina ritual, hacer una *"costumbre"*, y curarse desde lo comunitario para conectarse así con sus sistemas de valores (reciprocidad, apoyo mutuo, solidaridad y confianza) que construyen comunalidad. Entendiendo así, que la comunidad tiene un poderoso valor curativo, como lo explica Zibechi (2008: 42):

> *" En las cosmovisiones tradicionales no existe separación entre salud y forma de vida, o sea, comunidad. Por eso, la salud de los individuos en cuantos cuerpos físicos, depende, básicamente, de la salud de la comunidad. El concepto curativo de la medicina indígena forma parte del concepto curativo de esa sociedad, y se asienta, por un lado en una tupida red de relaciones sociales de reciprocidad: minga, o trabajo comunitario, asambleas y fiestas colectivas: espacios para "liberar" armoniosamente el subconsciente, tanto el individual como el colectivo"*

La participación comunitaria, resulta clave en este proceso organizativo, porque tienen afinidad por las necesidades compartidas que presentan y porque viven en un área geográfica definida en la que identifican activamente sus necesidades, tomando decisiones

comunes y [establecen acuerdos] y mecanismos para conseguir satisfacerlas, según Rifkin y Muller, (1988, citados por Colomer y Álvarez, 2001), esta participación comunitaria a la fecha sigue siendo un elemento importante para construir resistencia de los pueblos indios a las políticas etnofágicas (Díaz-Polanco, 2007) y al mismo tiempo de emancipación de las políticas coloniales que las agencias internacionales con su transferencia de ideología capitalista de salud como mercancía y no como un derecho de los pueblos indios.

Es necesario destacar el carácter político de éste tipo de Promoción de la Salud, que ha tenido un papel protagónico como creadora de espacio de resistencia dentro del territorio médico con su paradigma positivista occidental.

Y que al mismo tiempo, también ha abierto fuertes cuestionamientos en la práctica política de autonomía desde la auto-determinación. Ampliando el concepto de estado comunitario de nación ampliada, más allá del concepto cultural eurocéntrico donde sólo se concibe una sola nación dentro del Estado (Santos, 2007). Actualmente en Latinoamérica ha emergido el concepto de neoterritorialidad, reivindicando la demanda por la tierra, esto ha destapado los debates y las luchas por el reconocimiento político a la auto determinación en una nación; es decir no a la búsqueda de independencia en un territorio, sino que los pueblos indios con sus demandas ancestrales sean reconocidos por este estado, con su propia tradición cultural e identidad política...

> *"combinar diferentes conceptos de nación dentro de un mismo Estado" (Santos; 19, 2007).*

Aplicándo esta política al tema de salud, las promotorías han tenido logros entre instancias de salud del Estado haciendo válido su derecho a la salud intercultural y haciendo respetar las demandas específicas que tienen las comunidades. Estos logros han sido esfuerzo de las personas de la comunidad construyendo ciudadanía; sin embargo, existen algunos principios en los comités de bioética que habría que hacer extensivos a la población para regular con mayor eficiencia estas acciones; así como involucrar de manera más participativa al estudiantado de las escuelas de medicina.

En cuanto a la cuestión legal de la salud intercultural, quiero mencionar que a pesar de que la Secretaría de Salud federal tiene un marco jurídico formal que decreta formar al personal de salud en competencias interculturales, y se han gestionado algunos modelos específicos de atención a la salud intercultural; (DGPLADES, SSA 2007) en la práctica se vive el desencuentro entre políticas públicas locales y federales y que éste desencuentro se extiende al tema de Estado Nacional, pluricultural, y multilingüe, con normatividades y

discursos que **deberían ser,** pero que en la práctica no suceden. Es decir que estas iniciativas interculturales, no son vinculantes, (quien no las acate, no tiene ningún tipo de sanción penal) y aunque en la forma se pueda exigir a determinados funcionarios que acaten estas competencias interculturales, en el fondo, los mandos medios que no coinciden ética o ideológicamente con éste paradigma, no sancionan las faltas a esta normatividad, dado que no es punible a nivel federal que se violen estas acciones; y como muestra el ejemplo de los hospitales regionales en los cuales los médicos ni las enfermeras hablan mixteco, tlapaneco, nahua, ni amuzgo; es importante destacar que estas instancias ni siquiera cuentan entre el personal de trabajo social o administrativo con algún traductor; e incluso se ha legislado a nivel mundial respecto a la obligatoriedad de esta medida, Campos (2004) reflexiona respecto a la inclusión real de perspectiva intercultural en el currículum médico, porque la humanización, la ética y la empatía deberían tener un carácter obligatorio en las facultades de medicina, para sensibilizar mas al personal de salud y realizar una intervención intercultural real en salud que atienda las necesidades de los pacientes, puesto que en la mayoría de los casos cuando existe un empleado en un hospital que habla una lengua indígena, tienen un puesto subalterno y por lo regular reproducen el desprecio a sus propios conciudadanos.

1.6.1. Necesidad de autonomía en Doyal y Gough

El florecimiento humano es un eje de desarrollo, que requiere de precondiciones básicas para su consecución. Estas precondiciones para conseguirlo se basa en la satisfacción óptima de necesidades básicas como: salud y autonomía.

Len Doyal e Ian Gough, distinguen las necesidades básicas (objetivas) de las apetencias (subjetivas); otorgando el carácter de universables a las primeras.

> *“hay ciertos propósitos que están instrumental y universalmente ligados a evitar el grave daño, mientras hay otros que no lo están”. (Doyal y Gough, 1994: 42)*

Para darles este carácter, se requiere que estas eviten un serio daño en la población y por lo tanto, el no tratar de satisfácelas, atente contra los intereses del sujeto.

El serio daño, se daría en la inadecuada satisfacción de necesidades básicas como la autonomía y la salud, mismas que inhabilitaría logros en el florecimiento humano, o causaría enfermedades físicas o mentales.

> *“estar básicamente incapacitado en la búsqueda de la visón propia de lo bueno»*

(p.78)

El daño no es sólo la satisfacción reducida, sino la inhabilitación que impide nuevos logros; en ese sentido, las personas deben desarrollar la capacidad de participación social, para desarrollar su potencial individual y colectivo, sin ningún tipo de obstáculos públicos o privados. La vida se nutre de experiencias y aprendizajes socializados entre todos, y de ahí que la autopercepción de desarrolle en la experiencia de la socialización.

La salud, entendida en su grado más elemental como ausencia de enfermedad, es una condición previa para toda interacción o acción de las personas, lo que permite la posibilidad de optimizar su expectativa de vida. Entre tanto, la autonomía entendida como la capacidad de iniciar una acción, equivale a la agencia (condición previa) para que el individuo se considere a sí mismo capaz y responsable de hacer algo en su medio cultural específico, o bien incidir en la construcción de precondiciones universales para satisfacción específica de necesidades intermedias o nivel mínimo óptimo de:

- Adecuada alimentación nutricional y agua
- Adecuada vivienda protectora
- Ambiente de trabajo no peligroso
- Ambiente físico no peligroso
- Apropiada atención a al salud
- Seguridad en la niñez
- Relaciones primarias significativas
- Seguridad física
- Seguridad económica
- Control natal y partos seguros
- Educación básica

Una vez satisfechas, o en el proceso de satisfacción de las mismas, este camino busca la satisfacción de un nivel óptimo de salud física, de autonomía de agencia y de autonomía

crítica. Este proceso involucra la capacidad de formular propósitos y estrategias para intentar ponerlas en acción, el cual está determinado por tres variables: el nivel de entendimiento de nosotros mismos, de nuestra cultura y la libertad implicada en este proceso, incidiendo así en lo que los autores denominan objetivos universales: que posibilitan la participación (evitar serio daño: participación social mínimamente inhabilitada) y la liberación (participación critica en forma de vida elegida)

En esta fase, Doyal y Gough establecen dos niveles de autonomía:

- Uno en cuanto a la libertad política, es decir, la posibilidad de tener autonomía como para participar en la actividad política democrática e intervenir en acciones colectivas.
- El segundo grado es algo superior y supone una libertad de agencia, conllevando un grado bastante más algo de reflexión crítica.

Las promotorías han identificado estas necesidades en la construcción de su identidad, y su proceso autonómico tanto personal como colectivo a través de la evolución educativa lograda en grupos de estudio, mismo que les ha permitido conocer su cultura, su derechos y al mismo tiempo, identificar las rutas de acción para satisfacer estas necesidades, transformando su entorno.

1.6.2.- Agentes sociales

Así mismo, a través de la teoría de movimientos sociales de Melucci (1999) destacaré la forma en que éstas promotorías pudieron organizarse a partir de la crisis estructural del Sistema de Salud en Guerrero, viviendo el conflicto y la incertidumbre como detonadores de acción colectiva en salud, reestructurando así el movimiento social, y buscando restablecer el equilibrio. El papel de estas promotorías ha sido determinante para orientar la acción colectiva, construir identidad, capacidad de actuación y construcción de sentido vital. Con estos dos filtros teóricos, revisaré la práctica de estas promotorías a través de historias de vida y de algunos testimonios que apuntalan la categoría de agentes sociales en las que se convierten estas mujeres a partir de incidir en acciones que cambien la correlación de fuerzas entre los diseñadores de políticas en salud y la comunidad.

Las promotorías de la región se enfrentan a problemáticas muy complejas; como ya se

abordó en el primer capítulo, particularmente la violencia comunitaria, sin embargo estas tensiones les han permitido ganar espacios de poder local y municipal, cohesionadas y orientadas por su propia cultura; misma que posibilitó la permanencia de estas organizaciones de salud en la región (Canabal, 2001) y al mismo tiempo aportó identidad a la región. (Flores, 2007)

Desde la reproducción social reflexionaré el aspecto de la identidad por la forma en que integra elementos de la vida familiar y de la vida comunal que incluyen aspectos simbólicos constitutivos de la región. La dinámica social de la región aporta identidad a este territorio, a través de interacciones entre familias, comunidades, y regiones, que cobran vida a través de la acción social organizada de sus habitantes, para resolver un problema común. El aspecto simbólico de pertenencia socio-territorial, caracteriza la estructura de esta colectividad y de los roles asumidos por los actores; ese proceso les da sentido de pertenencia a las acciones en salud, y le confiere un sentido al "nosotros colectivo" porque como aporta Melucci (1999: 65) sobre las actoras sociales:

> *"Los actores colectivos "producen" entonces la acción colectiva porque son capaces de definirse a sí mismos y al campo de su acción (relaciones con otros actores, disponibilidad de recursos, oportunidades y limitaciones). La definición que construye al actor no es lineal sino que es producida por interacción y negociaciones, y algunas veces por diferentes orientaciones opuestas. Los individuos crean un "nosotros" colectivo (mas o menos estable e integrado de acuerdo con el tipo de acción) compartiendo y laboriosamente ajustando por lo menos tres clases de orientaciones: aquellas relacionadas con los fines de la acción (el sentido que tiene la acción para el actor); aquellas vinculadas con los medios (las posibilidades y límites de la acción) y finalmente aquellas referidas a las relaciones con el ambiente (el campo en el que tiene lugar la acción)"*

La identidad nutre la acción colectiva y esta a su vez, nutre al territorio de identidad; mediando entre esta categoría, la capacidad de agencia como un elemento clave, descrito por Ema (2004: 15)

> *"La agencia es, no sólo la acción, sino la condición de posibilidad de la misma que puede ser entendida como proceso y como flujo de corriente a partir del encadenamiento de actos. La acción es un forma de construir una cierta continuidad en la repetición de actos, pero son los actos, los acontecimientos los que permiten hablar de acción...La acción es entonces un mediador entre cursos de acción; señala y construye una posición intermediadora."*

La capacidad de agencia, en tanto que potencia, implica la posibilidad de ejercer y subvertir el poder; puesto que capacidad-posibilidad tienen que ver con la potencia y el poder, mismos que circulan entre las relaciones y no como propiedad individual o poseída por un sólo agente. (Foucault, 1977)

Del mismo modo, la agencia necesita un lugar de responsabilidad para la acción, esto implica un proceso de territorialización de la acción (que codifica, ordena y estructura), es decir se apropia del contexto y lugar transformándolo.

La capacidad de agencia reivindica la identidad y territorio en la búsqueda por construir el derecho a la salud.

1.7.- Debates epistémicos necesarios para explicar la práctica de Promoción de la Salud Intercultural.

Para explicar la posibilidad deconstructora en la región, que facilitó la posibilidad de existencia de estas prácticas, tomaré como referente la teoría crítica decolonial que se desarrolla en América Latina, en la década de los años ochentas. Esta teoría visibiliza la existencia de colonialismo médico ubicándose en el contexto de la Globalización de Mercado impuesta por el sistema económico neoliberal; del mismo modo identifica claramente la existencia de dos imaginarios epistémicos: Sur Global (Latinoamérica) y Norte Global (Europa); desde el reconocimiento de éstos dos imaginarios diversos teóricos latinoamericanos desarrollan teorías anticolonialidad, poscolonialidad, y vislumbran la posibilidad decolonial, que debe abrir alternativas epistémicas surgidas de América Latina

Algunos intelectuales latinoamericanos, Dussel (2005), Quijano (2005) y Walsh (2009) demuestran que la modernidad vivida desde la visión del Norte, es sólo una lectura de la realidad; que la “periferia” produce también otras experiencias y culturas, tan válidas y articuladas, desde otros lugares del mundo.[28]

La teoría decolonial aporta una fuerte crítica al eurocentrismo de la época moderna, vigente aún en la cultura epistémica, política, ontológica y estética que rige la filosofía de la ciencia, con una visión dominante del conocimiento, que ha determinado una cartografía hegemónica, centrada en Estados Nacionales y con esta, establece límites políticos y

[28] Existen también los intelectuales decolonizadores de Asía y África como Fanon y Memmi, así como una importante corriente de intelectuales de Indía que abordan la teoría decolonial, en el marco del capitalismo y la modernidad.

geográficos que determinan y construyen imaginarios sociales. (Mignolo, 2011). Este paradigma ha reproducido la colonización de saberes médicos en la tradición positivista, con sus tendencias jerárquicas en el sistema biomédico (Martins, 2003) produciendo también una cultura intelectual de subalternidad, la monopolización de un sólo saber en salud por la medicina eurocéntrica caracterizada por la deshumanización ética y ontológica que avasallan éstos procesos formativos, produciendo así un sesgo epistémico:

> *"En la modernidad occidental, el conocimiento técnico y científico producido por las culturas del Norte se constituyo en la referencia de la verdad al contrario de las culturas tradicionales, interpretadas como para-científicas [...] que planteaba al Norte como una experiencia exitosa y el Sur como una experiencia problemática" (Martins, 2010 p, 19).*

La epísteme moderna, produjo por mucho tiempo la hipervaloración de tradiciones científicas, técnicas e históricas de las culturas del Norte, colocando siempre al Norte como una experiencia exitosa, mientras que al sur se le consideraba una experiencia problemática. Provocando con ésto, la devaluación moral y cultural de las dignidades de los pueblos de Asía, América y África, produciendo una violencia epistémica que produjo un importante sentimiento de inferioridad en la cultura y en los conocimientos de éstas regiones.

En ese sentido, quiero destacar que las tres Promotorías de salud que reviso en esta investigación retoman la idea de que el conocimiento surgido de comunidades subalternas tiene la misma validez y le apuestan a construir paradigmas de conocimiento distintos a los eurocéntricos, construyendo valores científicos desde la cultural popular y construyendo desde las comunidades otros parámetros para re-pensar el conocimiento, en el contexto del Sur-Global.

La crítica decolonial, trae entonces la deconstrucción de estos planteamientos, estableciendo rupturas con el conocimiento moderno, *dislocando*[29] estas experiencias (Derridá, 1967) en los campos de conocimiento modernos (nacionales, corporativos, comunitarios y privados), que desde otras experiencias, contribuye a pensar el sujeto y la diferencia.

En este intercambio de experiencias en el proceso salud-enfermedad-atención, se dan estas rupturas, estas críticas, pero también se abre la condición de creación de criterios científicos, validados por la solidaridad de los pueblos, teniendo valores de objetividad hermenéuticos surgidos de la cosmovisión de los pueblos y que son tan objetivos como la

[29] Dislocando, se entiende más como una ruptura en la forma de percepción del mundo y sus parámetros establecidos, provocando el surgimiento de registros discursivos alternos.

realidad de las comunidades lo demuestra en la práctica.

La decolonialidad también trae consigo la apertura al reconocimiento de la etapa posmoderna y la posibilidad pos-geográfica, entendida como la trasgresión de las fronteras geográfico-políticas, con ello ampliando las fronteras de conocimiento, para poder pensar los imaginarios desde un enfoque **transcultural**, desde distintos ámbitos: lingüísticos, simbólicos y sociales que revaloran la diversidad, abriendo la posibilidad de un conocimiento más humanista y con otro tamizaje valoral. La apertura de fronteras geográficas y simbólicas permite también la emergencia de políticas democráticas más justas, redes sociales autonómicas, cultura digital, otras formas económicas que permiten que la ciudadanía se apropie desde muchos caminos, del conocimiento. En ese sentido, los medios de información han jugado un papel central en la difusión de éstas ideas y en diálogo de saberes que ha permitido ampliar las fronteras geográficas y epistémicas, reorganizando los movimientos colectivos, destacando las **redes sociales,** (Martins, 2012) que amplían las zonas de contacto entre las comunidades para construir una conciencia reflexiva colectiva que revalore la dignidad del otro y que sea capaz de articular políticas públicas desde la solidaridad.

Las aportaciones de la teoría crítica decolonial, evidencian la necesidad dialógica entre los imaginarios del Sur y del Norte integrando lo geográfico, con lo posgeográfico, construyendo un conocimiento transterritorial, que sea capaz de trascender las fronteras de colonización para la construcción de una praxis transformadora, que incida en la construcción de políticas anti-utilitaristas, capaces de incidir en diversas áreas de conocimiento que ayuden a construir un mundo más equitativo, justo y con valores humanos, que nos permita vivir la alteridad desde una ética más humanizada.

Retomo estas aportaciones del brasileño Martins, para explicar cómo estos fenómenos han abierto debates éticos sobre solidaridad, apoyo mutuo, cambio social, democratización y autonomía, para nutrir este bagaje histórico político de la región.

Esto se vislumbra en la práctica de las promotorías en el intercambio de saberes con promotorías de otros países de América Latina; las visitas internacionales de las promotoras de la región y los voluntariados que vienen a compartir sus conocimientos. En el caso de UNISUR, al menos un tercio de su plantilla docente, tiene orígenes latinoamericanos, puesto que son estudiantes de posgrado que llegan de Chile, Argentina,

Colombia, Panamá, Costa-Rica, Cuba, Uruguay, y Brasil a nuestro país a hacer prácticas e intercambio de saberes, y que llevan a sus países la experiencia de la Promoción de la Salud en la región, como un elemento teórico del debate decolonial.

Otra aportación que retomo de la crítica decolonial, es la de **des-territorialización** y **re-territorialización** de los saberes, porque a partir de éste desdibujamiento de las fronteras geográficas y del surgimiento de redes sociales, surge también un actor social determinante que disemina estas formas epistémicas: **el intelectual mediador, como actor político,** que en el caso de ésta investigación, tiene un papel protagónico en la construcción de acciones colectivas en salud.

El papel de mediadores intelectuales, que fungen los promotores y las promotoras de la región, aplican y reconstruyen otra ética, que aplican a la construcción de vínculos y de redes sociales con un espíritu de solidaridad colectiva que la ciencia occidental dejó de lado, en pro de "la objetividad científica". Ellos tienen entonces una importancia fundamental en la construcción de otra ética en salud comunitaria, que permite mantener el tejido social comunitario, y que hace que permanentemente se reconstruya, por la permanencia de ese ethos colectivo, que se extiende, desterritorializandos, por toda América Latina, reivindicando el poder curativo de las comunidades en resistencia, la sanación de la autonomía, y la posibilidad salutogénica de la organización comunal, construida desde **saberes y poderes equitativos**.
En la medida en que la comunidad se involucra en la sanación comunal-espiritual (como en la práctica de velación, o rituales para la petición de alguna causa) se elimina también el carácter unidireccional de la medicina hegemónica, donde sólo el personal sanitario define quien se cura. Del mismo modo, se elimina el carácter unilineal de la terapéutica biomédica, donde sólo el médico o el personal de salud definen las formas de curar, en contraposición con las terapéuticas tradicionales que involucran la participación, colaboración, y elaboración conjunta de medicamentos tradicionales por parte de todo el grupo de promotoras (Cardona, 2008, en Boixarau)

1.8.- Conclusiones del capítulo

El carácter político de la Promoción de la Salud reinvindicado en la Carta de Ottawa, ha sido un elemento importante para incidir en la construcción de ciudadanía en salud en la medida en que las comunidades se apoderan de su Derecho a la Salud construyendo

mecanismos de exigibilidad y justiciabilidad que vuelve incluyentes las políticas públicas.

El tema de relaciones de poder en la Promoción de la Salud, es algo que no hay que dejar de lado en la construcción de autonomía comunitaria, dado que existen concepciones políticas y dimensiones morales ético-filosóficas que impactan en la formación de recursos humanos en salud con un corte emancipatorio. Las prácticas de Promoción de la Salud que ejercen las instituciones federales de salud tienden a fragmentar la organización comunitaria, además de incidir en discriminación hacia los pueblos indígenas de la región.

En contra posición, las promotorías ciudadanas que han elegido tomar en sus manos la cuestión de su salud, han buscado herramientas como la educación popular para detonar procesos organizativos que se han potencializado a través de los procesos político pedagógicos en salud. El Ciclo de Smyth, como reformulación de la práctica en salud, ha permitido tomar conciencia del tema de la salud intercultural y relaciones interculturales de respeto entre culturas; en estos procesos construir resistencia ante los modelos institucionales de prácticas de promoción de salud.

En el ejercicio de la fase de reconstrucción de la práctica del Ciclo de Smyth, las promotorías han identificado la necesidad de construir autonomía tanto individual como colectiva, tal como lo describen Doyal y Gough (1994) en su teoría de las necesidades humanas, destacando a la salud y a la autonomía como dos necesidades básicas para el florecimiento humano, que ha permitido que las promotorías ejerzan su capacidad de agencia, construyendo así autonomía, emancipación y resistencia. Así mismo, esta autonomía les ha permitido identificar contenidos de poder en los discursos epistémicos que teorizan conceptos de salud y que a su vez impactan las prácticas de promoción de la salud.

Así estos debates teóricos nos ayudan a dar respuesta a las preguntas de investigación referidas al papel de la educación popular en la formación de recursos humano en salud, y la elección de los formadores de Recursos Humanos de esta corriente pedagógica para incidir en los procesos colectivos de salud.

El hecho de subvertir el orden, de construir capacidad de agencia en la población, son procesos que construyen organización y territorio, recreando la practica educativa en salud, son precedentes organizativos en la región, porque la población de la Costa-Montaña, ante estos padecimientos reales no sólo de sus enfermedades, sino de un Sistema de Salud enfermo, las comunidades decidieron tomar cartas en el tema de la salud, pese a las

condiciones tan adversas que seguiré describiendo en el capítulo dos.

CAPÍTULO 2: CALEIDOSCÓPICA MONTAÑA GUERRERENSE

El propósito de este capítulo es dar a conocer el contexto de la región en los aspectos geográfico, y demográfico con la finalidad de profundizar su relación con el ámbito de la salud, y las causas que provocaron que la población se haya organizado en estas promotorías. Respecto a los conceptos de los que me voy a valer para dar cuenta de esta situación de salud de la región, utilizaré el concepto: perfil epidemiológico, categoría que propone Jaime Breilh (2003) porque este concepto integra la clase social como elemento fundamental de la determinación social de la salud, básicas para explicar el proceso salud-enfermedad-atención de la región. Este concepto también será la introducción para exponer la red de servicios de salud pública en la región, y reflexionar sobre las causas que originan que la gente haya decidido asumir acciones colectivas en salud.

Cuando hablo de éste espacio geográfico que integra la Costa Chica con la Montaña guerrerense, emplearé el término “región Costa-Montaña”, denominación que retomo de Flores (2007) para describir la unión de dos amplias regiones socio-culturales y geográficas que confluyen en el el municipio de Malinaltepec; pero que también incluyen los municipios de San Luis Acatlán, Iliatenco, Metlatónoc, Atlamajalcingo del Monte, Cochoapa el Grande, Copanatayoac, Marquelia y Azoyú.[30]

En este espacio poblado por indígenas tlapanecos, mixtecos y mestizos, se comparten elementos socio-culturales, lingüísticos y políticos.

Mi intención al regionalizar, más que fijar límites espacio-territoriales, consiste en explicar

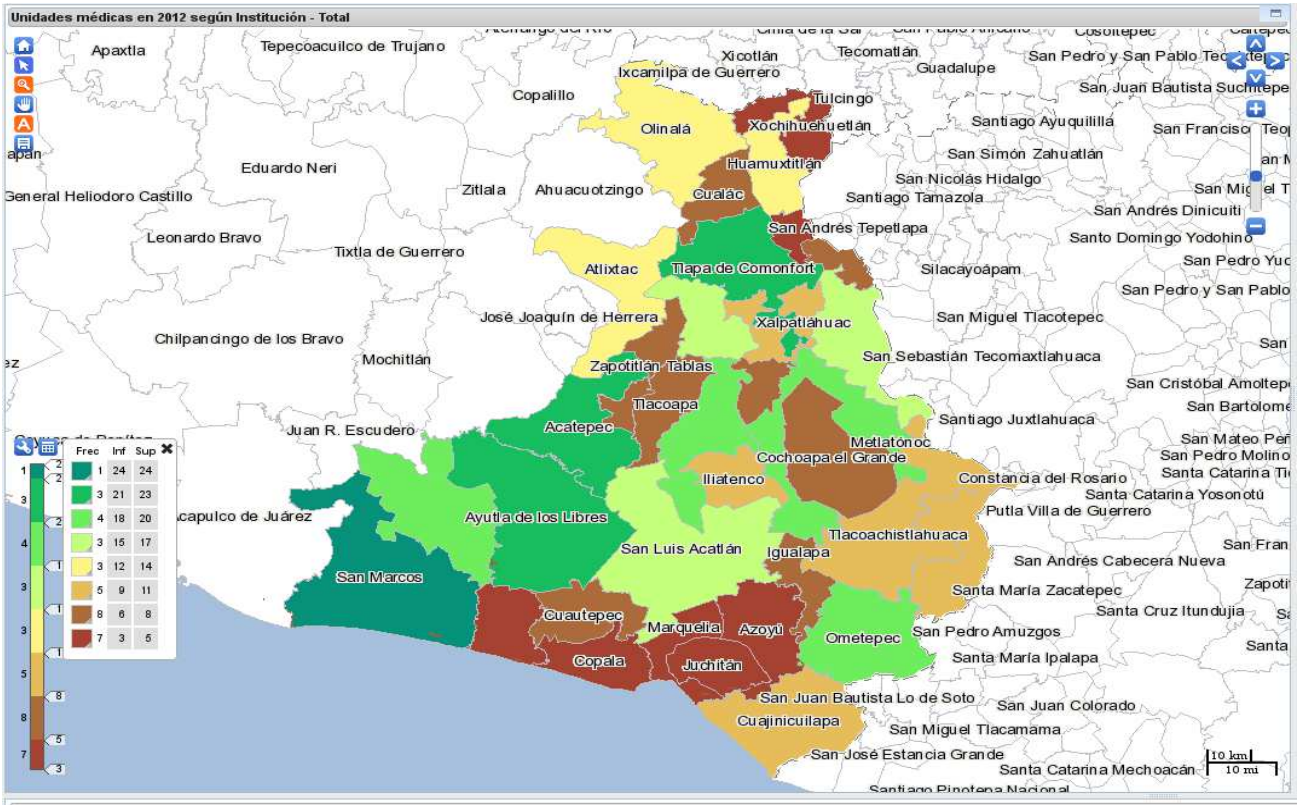
[30] Ver mapa de la pag. 64

con la categoría de Reproducción social la forma en que se articula con la categoría perfil epidemiológico porque es un recurso para sistematizar, las múltiples dimensiones del proceso salud-enfermedad-atención así como los procesos protectores y destructivos que participan en la definición del modo de devenir la salud, así como los movimientos de producción y consumo que ocurren en la base productiva de la comunidad, lo que permite que los pueblos se construyan como espacios de conciencia, de organización y de transformación; construyendo así los elementos que conforman el territorio.

Mi intención inicial fue centrarme en Espino Blanco, Malinaltepec, una comunidad tlapaneca, porque es un crucero donde confluyen varios pueblos indios, que mayoritariamente habitan este espacio geográfico en la carretera Tlapa-Marquelia, que se convirtió en parada ineludible, no sólo para tlapanecos y mixtecos, sino también para nahuas, amuzgos y mestizos. En Espino Blanco confluían las promotorías de salud que revisaré más adelante, sin embargo, este trabajo quedaría incompleto si no hablara del resto de pueblos indios que configuran este espacio, así como del proceso histórico que tuvo que darse para que la región se constituyera de este modo, e impactara las relaciones interculturales para construir espacios de resistencia que conciben y atienden la salud fuera de las instituciones sanitarias.

Mapa 1: Región Costa-Montaña de Guerrero

Fuente: INEGI, 2012.



* Diseño colaborativo de Mat. Jesús Nieto

La región que se ilustra en el mapa anterior es donde se articulan los esfuerzos de estas promotorías y señala la zona de influencia donde han incidido en las comunidades de la región.

La coexistencia de los pueblos indios en Malinaltepec, fue constituyéndolo como un espacio fundante de la región Montaña al nutrirse de todas estas cosmovisiones que incidieron en la construcción de los pueblos indios como sujetos políticos y de derecho. Aunque en distancia geográfica los municipios de la Costa Chica pueden estar lejanos a Malinaltepec, en cuestión socio-cultural son íntimamente cercano, dado que han desarrollado sincretismos en cultura, lo que que genera organización, vida y cosmovisión similar.

Los pueblos indios que pueblan la región, son pertenecientes a las etnias *ñu ´savi* (mixtecos) *me`epha* (tlapanecos) principalmente, aunque también reciben menor influencia de los nahuas de la región del Balsas, los *ñancué ñom`ndaa* (amuzgos), la población afro-mexicana, así como de la población no india (mestiza).

De acuerdo con cifras del INEGI, la población total indígena de Guerrero es de 383,427 personas, de las cuáles el 46% habita en la Montaña, 42% habita en la Costa, y el 10% restante de hablantes de lengua indígena, se distribuye en el Centro y en Acapulco. (Tascón y Solís, 2009). Del total de población indígena: 131 132 son mixtecos, 112 281 son tlapanecos, 43 554 amuzgos.(INEGI, 2011)

En esta región se viven altos índices de rezago y marginación, al grado de que a nivel nacional, el estado de Guerrero ocupa el primer lugar en pobreza, encabezado por 23 de los municipios guerrerenses como: Metlatónoc, Cochoapa el Grande, Acatepec y José Joaquín Herrera. La actividad económica principal de la población es la agricultura local, que por falta de redes comerciales y de infraestructura carretera, se convierte en auto-consumo, en la región se cultiva maíz, café, jamaica y calabaza. (CONAPO, 2008)

La población que no recibe ingresos de ningún tipo es del 34.7%, sobreviviendo de esa precaria economía y de las dádivas del programa Oportunidades[31].

Metlatónoc, municipio vecino a Malinaltepec, actualmente tiene los Índices de Desarrollo Humano[32] (IDH) más bajos del país y de los más bajos de América Latina. Cochoapa el

[31] Programa federal del gobierno mexicano, de apoyo social para población en extrema pobreza, que brinda apoyos en educación, salud, nutrición e ingresos. A partir de un estudio socio-económico se otorgan becas que van de $500 hasta $1.025 mensuales a las familias de escasos recursos, mismo que se ha convertido de instrumento político de control agrario.

[32] El índice de Desarrollo Humano es un indicador social estadístico elaborado por el Programa de las Naciones Unidas

Grande, Metlatónoc es el municipio más pobre del país, con graves rezagos en educación, (76% de la población es analfabeta), de exclusión económica, de hacinamiento y condiciones insalubres, 94% de las viviendas carecen de drenaje sanitario, 60% no cuenta con energía eléctrica ni agua entubada, 95% tiene piso de tierra, (CONAPO, 2008). Cochoapa el Grande, municipio de Metlatónoc tiene una población donde el 87% de las familias viven con menos de 2 salarios mínimos según el informe del Índice de Desarrollo Humano Municipal 2003-2005, según el Programa Nacional de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2008)

2.1.- Perfil epidemiológico regional

La política mundial de mercantilizar la salud, que permea las prácticas dominantes en salud pública (Breilh, 2003; Eibenschutz et al 2007) se recrudece en lugares con una geografía tan compleja, como la de la Costa-Montaña, caracterizada por orografía irregular y boscosa; clima cambiante, pobreza y migración por falta de oportunidades laborales; políticas clientelares y corrupción en los programas de salud; e inversión estatal en infraestructura que es prácticamente nula, lo que se ve se ve reflejado en la inexistencia de caminos. El estado de Guerrero ha padecido una severa política de abandono sanitario a lo largo de su historia.

Mirar el perfil epidemiológico regional ayudará a enfatizar las características esenciales de la clase subalterna que prevalecen en la región, explicando las contradicciones y diferencias sustanciales entre la gente de la montaña, que pertenece a la clase pauperizada, despojada de sus recursos y la población de otras partes de Guerrero y del país. (INEGI, 2011)

Muy lejana al perfil que las agencias mundiales definen como mínimo de salud, (OMS, 2013) , en este lugar se sigue reproduciendo toda una gama de contradicciones sociales en su realidad cotidiana (Amaro, 2010). Estas contradicciones dan cuenta de la severa problemática de abandono social en la región.

Los indicadores muestran la condición de rezago y marginación social que prevalecen históricamente en Guerrero en materia de desarrollo, economía, salud y educación. En ese sentido quiero destacar que el Estado Mexicano en esta región, así como en muchas otras de América Latina y del mundo, ha implementado una política en salud pública que Breilh, citando a Sabroza (1992) ha definido como “Epidemiología de los mínimos”,

para el Desarrollo, basado en tres parámetros: vida larga y saludable, educación y nivel de vida digno.

consistente en la aplicación de medidas estratégicas de máxima resistencia gobernable de una población ante la pobreza y las privaciones, reduciendo al máximo el gasto social en salud, definido así:

> *[el gobierno]... "aplica el deterioro de los circuitos epidemiológicos y la acumulación epidémica en los espacios sociales relegados como secundarios, en los que se impone el hacinamiento, la precariedad laboral, y sistemas desesperados de supervivencia y migración, donde se disparan las tasas de contacto y reproducción de parásitos; microorganismos a los que la miseria favorece para su potencial biótico; todo en medio de la desarticulación de programas de control y la cómplice tolerancia de una doctrina de los mínimos de supervivencia ("base-line survival") como marco de una epidemiología para pobres" (Sabroza, 1992 citado en Breilh; 1998: 212).*

La epidemiología que se aplica en la región es una muestra de la profunda inequidad que se expande en el mundo, que es por demás desventajosa para la población de la región; misma que se caracteriza por la prevalencia de altos índices de enfermedades infecto-contagiosas, que de acuerdo con el Plan Estatal de Desarrollo 2005-2011 del Estado de Guerrero se han erradicado (OMS/OPS; 2005:75):

En la región se registran las tasas más altas de morbilidad y de mortalidad infantil por estas causas, como lo documenta Ana Rosy Amaro (2010:4):

> "*Dentro de las tres principales causas de enfermedad en Guerrero se encuentran las infecciones respiratorias agudas, con una tasa de 23,509 casos por cada 100 mil habitantes; las infecciones intestinales con 4,680 y las infecciones de vías urinarias con 2,091".*

Estos datos son verificables en los cuadros epidemiológicas que presentaré donde se observa el comportamiento epidemiológico regional según la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero, en las Jurisdicciones Sanitarias de las regiones Costa Chica y Montaña. (Ver cuadro 1)

Cuadro 7: Presencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles entre las diez principales causas de morbilidad en la región Montaña

Número	Causas	Total de casos en ese año	Tasa
1	Infecciones respiratorias agudas	95358	34783.3
2	Infecciones intestinales por otros organismos intestinales y las mal definidas	19909	7113.0
3	Amibiasis intestinal	5542	1980.0
4	Intoxicación por picadura de alacrán	3896	1382.0
5	Infecciones de vías urinarias	2485	887.8
6	Úlceras, gastritis y duodenitis	2447	874.3
7	Ascariasis	1857	663.5
8	Otitis media aguda	1572	561.6
9	Peatón lesionado en accidente de transporte	1429	510.5
10	Varicela	1102	393.7

Fuente: Secretaría de Salud del Estado de Guerrero, 2005 en el Informe de Estado del Desarrollo de los Pueblos de Guerrero del Programa México Nación Multicultural. UNAM 2009.

Cómo Martínez y Leal (2002) lo han explicado en relación con los fenómenos epidemiológicos, la región de la Montaña Guerrerense no experimenta la transición epidemiológica anunciada desde la década de 1970, (Frenk et al. 1994) puesto que mantiene altas cifras de mortalidad por enfermedades infecciosas y también por enfermedades crónicas (relacionadas con el “progreso económico”): enfermedades del

corazón, tumores malignos, cáncer de estómago, *diabetes mellitus,* de las que mueren gran cantidad de indígenas migrantes que regresan a su tierra a mal-morir por enfermedades crónicas, como lo documenta el Centro de Derechos Humanos Tlachinollan (2011) en su XII informe.

Cuadro 8: Presencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles entre las diez principales causas de mortalidad en la región Costa Chica

Numero	Causas	Total de casos en ese año.	Tasa
1	Diabetes mellitus	77	19.60
2	Enfermedades cerebrovasculares	54	13.57
3	Enfermedades isquémicas del corazón	49	12.47
4	Agresiones (homicidios)	38	9.67
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	36	9.16
6	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	29	7.38
7	Vih/sida	22	5.60
8	Nefritis y nefrosis	16	4.07
9	Tumores malignos del estómago	15	3.82
10	Tuberculosis	13	3.31

Fuente: Secretaría de Salud del Estado de Guerrero, 2005 en el Informe de Estado del Desarrollo de los Pueblos de Guerrero del Programa México Nación Multicultural. UNAM 2009.

En su afán por conseguir mejores remuneraciones económicas, éstos indígenas viajan a otras ciudades urbanizadas en el Norte de México, a estados como Sinaloa y Durango, así como a California, y Nueva York, en Estados Unidos, donde son contratados en las peores condiciones laborales, lo que hace que en poco tiempo se deteriore su integridad física y mental. Los migrantes de la montaña aceptan trabajos como jornaleros agrícolas viviendo día con día en condiciones de brutal explotación, estos trabajos presentan mayor exposición a riesgos de sufrir quemaduras por químicos, lesiones e infecciones, trabajos que los estadounidenses se niegan a realizar. (Cruz y Ferias, 2004)

En el tenor, de la epidemiología de los mínimos, quiero destacar algunos indicadores del INEGI (2011) mortalidad, natalidad, morbilidad y calidad de vida, que son importantes para dar cuenta de la situación de la salud de los pueblos indígenas del estado de Guerrero.

De acuerdo con datos demográficos de la Perspectiva Estadística Guerrero (2011) la tasa de mortalidad infantil ocupa el primer lugar a nivel nacional. La tasa de natalidad ocupa el segundo lugar, dentro de los 32 estados; sin embargo, aunque nacen muchos recién nacidos, Guerrero ocupa el 7° lugar de recién nacidos vivos que presentan bajo peso, así como el 6° lugar en la tasa de mortalidad general; la esperanza de vida al nacer es preocupante, puesto que es el estado que ocupa el último lugar a nivel nacional.

Esto se relaciona con las tablas de registro de las diez causas más frecuentes de mortalidad en la región, de acuerdo con las Jurisdicciones Sanitarias de la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero.

Las Jurisdicciones 04 (que abarca la Región Montaña) y 06, (correspondiente a la Costa Chica), para fines operativos se dividieron así; en éste tema profundizaré más adelante para describir la infraestructura de salud en la región.

Decidí trabajar con datos del año 2005, de estas dos jurisdicciones porque son los más completos de una fuente oficial, aunque solicité a ambas jurisdicciones sanitarias informes epidemiológicos recientes, las autoridades contestaron[33] con datos insuficientes, puesto que sólo informaron de los centros de salud que tenían información reciente, de otros omitieron los sub-registros de personal de enfermería o de pasantes que hacían prácticas. Y de otros, definitivamente no dieron ninguna información.

[33] Solicitud de acceso a la información con número 13568, realizada en febrero de 2013. a la dirección de Epidemiología y Medicina Preventiva de Chilpancingo de los Bravos, Guerrero.

En los hospitales básicos comunitarios de San Luis Acatlán y Ometepec pude cotejar algunos datos con personal médico, promotoras y usuarias que no coincidían con los de la solicitud, tampoco incluían información de Cochoapa, Azoyú, Copanatoyac y Malinaltepec y en el caso de San Marcos (Zitlaltepec, Metlatónoc) que ni siquiera estaba en operación, en la respuesta que daban, se inflaban cifras de derechohabientes atendidos. En la comunidad de Buenavista hubo muchas brigadas tanto de ongs, como del gobierno, que registraron información muy diferente a los casos que me responde la Secretaría de Salud y por último, en el Centro de Salud de Iliatenco, recién inaugurado en 2013, se registra una afluencia exagerada de consultas y curaciones.

En el cuadro 3 presentaré las principales diez causas de mortalidad en la región Montaña. En el cual quiero destacar que la **desnutrición calórica-proteica**, ocupa el quinto lugar como causa de defunción, lo que indica que pese a los Objetivos de Desarrollo del Milenio firmados por el gobierno mexicano, aún hay gente que literalmente muere de hambre.

Cuadro 9: Presencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles entre las diez principales causas de mortalidad en la región Montaña

Numero	Causas	Total de muertes en ese año	Tasa
1	Infecciones respiratorias agudas bajas	46	16.08
2	Enfermedades isquémicas del corazón	44	15.72
3	Enfermedades infecciosas intestinales	42	15.01
4	Agresiones	36	12.8
5	Desnutrición calórica proteíca	34	12.15
6	Enfermedades cerebrovasculares	28	10.00
7	Diabetes mellitus	24	8.57
8	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	23	8.22
9	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	22	7.86
10	Nefritis y nefrosis	16	5.72

Fuente: Secretaría de Salud del Estado de Guerrero, 2005 en el Informe de Estado del Desarrollo de los Pueblos de Guerrero del Programa México Nación Multicultural. UNAM 2009.

La desnutrición es otro problema de salud serio que asola en la región y para la que actualmente existen pocos paliativos y nulas soluciones. La ambigüedad de las encuestas nacionales[34] contrasta con la prevalencia local de muertes infantiles por desnutrición en una región tan rica en recursos naturales. En los niños y niñas preescolares a nivel nacional, la prevalencia de anemia es del 23.3%, sin embargo en regiones como la Montaña-Costa, las cosas se recrudecen, como lo documenta el Centro de Derechos Humanos Tlachinollan, (2012) en el artículo sobre la comunidad Mini Numa, en Metlatónoc, dónde hicieron un seguimiento de casos, entre otros los casos de los hermanos Fidel y Ofelia Montealegre Rojas de 4 y 7 años de edad que murieron en 2005, y posteriormente su hermana Leonides de 4 años, muerta en 2007 por desnutrición y enfermedades curables.

Situación que es cotejable con los datos del censo 2011, en los cuales se reporta un aumento vertiginoso de desnutrición infantil, con respecto al 2008. Obteniendo así el primer lugar nacional en muerte infantil por desnutrición.

Siguiendo con las enfermedades de la miseria, en la Costa Chica la recurrencia de enfermedades infecciosas es muy elevada. (Ver cuadro 4)

Cuadro 10: Presencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles entre las diez principales causas de morbilidad en la región Costa Chica

Número	Causas	Total de casos al año	Tasa
1	Infecciones respiratorias agudas	90 082	22 931.5
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	17 704	4 506.8
3	Amibiasis intestinal	8 699	2 214.4
4	Infecciones de vías urinarias	6 726	1 712.2
5	Úlceras, gastritis y duodenitis	5 932	1 510.1

[34] Ver por ejemplo ESANUT (2011) donde no se hace un desglose detallado del comportamiento epidemiológico de la desnutrición por estados, ni por municipios, sino que aglutina por regiones y los resultados son muy ambiguos.

6	Ascariasis	4 781	1 217.1
7	Otitis media aguda	3 869	984.9
8	intoxicación por picadura de alacrán	3 658	931.2
9	Gingivitis y enfermedad periodontal	1 573	400.4
10	Desnutrición leve	1472	374.7

Fuente: Secretaría de Salud del Estado de Guerrero, 2005 en el Informe de Estado del Desarrollo de los Pueblos de Guerrero del Programa México Nación Multicultural. UNAM 2009.

Estas enfermedades están estrechamente vinculadas a la ausencia de infraestructura en obra hidráulica, drenaje, agua potable entubada y a factores que contaminan el ambiente.

El alcoholismo aunque es uno de los problemas principales de salud en la región, no aparece directamente en los cuadros como una causa de mortalidad; sin embargo en el cuadro 4, aparece en el sexto lugar la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Para entender el problema de alcoholismo que existe en la región, es importante abordarlo desde la epidemiología socio-cultural, puesto que los elementos de la epidemiología tradicional son insuficientes para dar cuenta de la complejidad de éste problema colectivo de salud, que articula factores sociales, culturales y políticos que impactan en el proceso de salud-enfermedad-atención.

Para González-Chévez y Hersch (1993:396) las insuficiencias del modelo epidemiológico:

> *"[introducen] sesgos en el abordaje de la realidad social y de salud al considerar exclusivamente las entidades nosológicas reconocidas en el paradigma médico dominante".*

La epidemiología sociocultural, permite analizar de una manera más global un mismo problema de salud colectiva. Por un lado, lo estudiaremos desde los enfoques de antropología médica, que nos amplían los marcos de comprensión de los efectos del alcoholismo como padecimiento de filiación cultural, sin caer en folklorismos simplistas que tienden a sublimar el uso ritual del alcohol; y por otro desde la medición epidemiológica que nos remitirá a los efectos del alcoholismo y a la violencia que origina este, sin caer tampoco en los reduccionismos biologicistas de la epidemiología hegemónica que le resta importancia al aspecto social de los síndromes de filiación cultural, mismos que se relacionan con los padecimientos-enfermedades y cómo los vive la comunidad desde su

cosmovisión; estos impactan también el perfil epidemiológico de la región en la medida en que integran elementos para comprender el proceso salud-enfermedad-atención, así como a las tramas de relaciones que se forman en el proceso salud- enfermedad-atención. Las comunidades tlapanecas y mixtecas tienen un arraigo de sanación a través del alcohol[35], que tiene una importante función cultural de integración comunal en la ritualidad comunitaria, así como para fines ceremoniales (sistemas de cargos, y curativos). Sin embargo, sobrevalorar esta función del alcoholismo nos impediría reflexionar acerca de otro papel que le da el Estado Mexicano al alcoholismo, que es la de instrumento de control, confrontación y violencia hacia las comunidades políticas en resistencia.

Comentando con una de las promotoras de la región sobre esta situación de desarticular movimientos; afirmó que:

> *...”el gobierno bien que sabe cuándo va a hacerse la Asamblea, porque dos o tres días antes, aunque los caminos estén bien feos, ellos sabrán cómo le hacen, pero los camiones de “La Corona” [cervecería] allegan hasta acá arriba...[y cuando hay discusiones] se pone peor con las cervezas y las peleas no paran, ya por eso nosotras no vamos a las Asambleas, porque se pone feo... y luego imagínate, nosotras llevamos a nuestros niños cargando”...Promotora Paula de la comunidad El Mesón, Ayutla.*

Los conflictos comunitarios están asociados al alcohol, en la medida en que fomentan relaciones de venganza-violencia que llegan constantemente al homicidio (Menéndez, 1988), a través de la reproducción de conductas asociadas con la virilidad violenta.

Estos estereotipos tienden a justificar la ruptura del tejido comunitario, al mismo tiempo que ponen una cortina de humo que diluye las políticas laxas del Estado Mexicano hacia el monopolio alcoholero (Menéndez, 2008). Estas políticas le quitan mucha responsabilidad política al Estado Mexicano, porque cuando existen conflictos armados en la región causados por el gobierno, éste ya no asume el costo político de reprimir comunidades en resistencia, sino que muchas veces se justifica el ataque de grupos paramilitares a comunidades organizadas, como una intervención para “pacificar borrachos”. El mismo Estado, violando la protección al Derecho a la Salud previamente da su consentimiento para la venta de estas bebidas y después responsabiliza a los pueblos que se agredieron

[35] En diversos rituales tlapanecos de adivinación como: medir el hueso, invocación al nahuál, o para pedirle a los ratones que no se coman la cosecha se usa el alcohol; entre los mixtecos, se hace un llamado al espíritu personal para dar fuerza al consultante también a través del alcohol, o bien para invocar a los antepasados y pedirles ayuda en curaciones.

como responsables, por excederse con el uso de bebidas embriagantes, desde la visión individualista y culpabilizadora hacia las comunidades. Por esta razón, el alcoholismo debe analizarse desde lo social y también desde lo epidemiológico para no caer en posibles reduccionismos.

En 2005 el alcoholismo y enfermedades asociadas con éste, ocupaban el 6° y el 8° lugar en las tablas de principales causas de mortalidad en la región Costa-Montaña. Para el año 2011, la situación no cambia mucho, puesto que a nivel estatal, el alcoholismo sigue siendo una causa importante de decesos, ocupando el 4° lugar en la tabla de causas principales de mortalidad (INEGI, 2011) en la región y el 8° lugar de decesos por alcoholismo a nivel nacional.

La Secretaría de Salud ante el inicio temprano de consumo de alcohol, (desde los 10 años) CONADIC (2012) en voz del director de Epidemiología del Estado, (La Jornada, 2012) Rufino Silva, opina que:

"esta problemática no es grave, comparada con la de otros estados"

Sin embargo, las altas cifras de mortalidad por enfermedades hepáticas y las serias complicaciones que el hospital de Tlapa no ha podido atender y ni siquiera paliar con su modelo de atención a las adicciones, reportan lo contrario. Este fenómeno se acentúa más en medio de la pauperización de la región, que acelera los efectos degenerativos del alcoholismo debido a la grave desnutrición que prevalece entre la población.

Desde este enfoque de epidemiología socio-cultural, se explican los complicados efectos del alcoholismo en el tejido comunitario, como podemos observar en el cuadros 2 y 3 que muestra que los decesos por agresiones están en el 4° lugar de causas de mortalidad y esto también caracteriza a la región como un problema de salud pública que impacta la manera diferenciada de morir entre mujeres y hombres.

El machismo generador de violencia de género es otro elemento que impacta el proceso de salud-enfermedad-atención en toda la montaña, porque es otra causal de muertes y porque también se convierte en un factor que limita la práctica de Promoción de la Salud e interfiere de muchas maneras en el proceso de salud comunitaria: segregación a las

parteras y promotoras, impedimento a la capacitación hacia las parejas, negar atención médica a mujeres embarazadas tanto de médicos, como de esposos celosos que no quieren que otro hombre, vea el cuerpo de sus parejas, comisión de delitos graves hacia las mujeres, -despojo, insultos, golpes, encierro, violación sexual, quitarles a los hijos, feminicidio cometido por varones- que son recurrentes en la región y que se exacerban con el consumo de alcohol. Existen altos índices de violencia hacia las mujeres y las niñas, ya sea en el ámbito doméstico o en el público y comunitario, se reportan cifras preocupantes por la recurrencia y la normalización social de la violencia (Paredes, 2009).

Existen también fenómenos de asesinatos violentos entre familias de comunidades cercanas, que ejercen venganza matándose entre sí; algunas veces no sólo involucran el ejercicio de actos violentos hacia el individuo que ejerció agresión en primera instancia, sino a toda su familia, incluyendo violaciones sexuales, robo o agresiones; Menéndez (1998) lo define como "Venganza de la sangre*".* Este tipo de relaciones, son muy complicadas porque legitiman el ejercicio de la violencia entre las comunidades, pese a ser asesinatos corporativos a comunidades completas, si se hacen en "defensa propia", representan un acto público de justicia y aunque estos actos mellan el tejido comunitario, se convierten en una forma que cuenta con la aprobación comunitaria para desagraviar un delito.

El efecto epidemiológico de la venganza de la sangre, tiene un impacto importante como lo ilustran las tablas, en los cuadros 2 y 3 que ilustran las diez principales causas de mortalidad tanto de la región Costa, como de la región Montaña, la causa número 4 de muerte es la agresión. La mayoría entre varones jóvenes, sin embargo estos actos de venganza también se extienden a mujeres, niños y hasta adultos mayores que son víctimas de violencia. Las cifras de estos eventos

> *"vinculan estrechamente con los de alcoholismo, altos niveles de violencia hacia las mujeres" (Paredes, 2005: 339)*

y a personas con preferencias homosexuales (Giles, 2014).

La violencia es otro elemento que configura este perfil epidemiológico regional y que tiene

efectos diferenciados en la la salud de las mujeres de la región quienes son las principales destinatarias de actos de violencia que dañan su salud. El problema principal de la violencia hacia las mujeres en la región es su normalización como factor que cobija a la impunidad, misma que se exacerba más con la presencia de sexismo, racismo y clasismo.

En el cuadro 5 se ilustra el crecimiento de homicidios violentos en el estado en los últimos 9 años, el cual creción un 90.50% en el año 2012 con respecto al año 2004.

Cuadro 11: Muertes por homicidio violento en los años de 2004 a 2012 en Guerrero, Mujeres y Hombres.

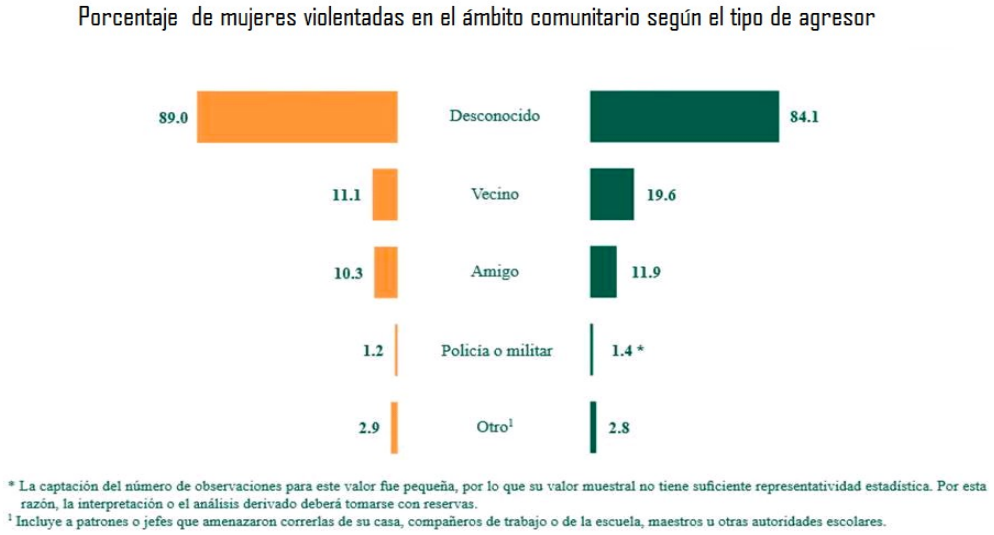
Año-entidad	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Guerrero	33.7	34.3	39.4	32.6	40.9	50.0	51.7	58.7	64.2
Hombres	38.1	37.6	43.4	35.7	45.8	54.3	57.1	67.3	68.6
Mujeres	16.1	19.4	23.7	19.0	18.6	27.0	23.7	30.8	39.0
No esp.	25.0	0.0	0.0	0.0	33.3	100.0	63.3	36.8	69.2

Fuente: Censo 2012, INEGI.

En el cuadro anterior se ilustra el crecimiento de homicidios violentos en el estado en los últimos 9 años, el cual creció un 90.50 % con respecto al 2004.

Las organizaciones de mujeres que trabajan en la región como Kinal Antzetik y Manos Unidas de Mujeres, han detectado en sus diagnósticos muchos tipos de violencia: psicológica, física, patrimonial, sexual, económica, obstétrica e institucional. Según la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH (2011), realizada en Guerrero, el 54.0% de las habitantes del estado ha padecido violencia. De ese porcentaje, 44 de cada 100 mujeres ha vivido violencia por parte de sus parejas sentimentales (novio, esposo, concubino) y el 33 de desconocidos. Del mismo modo, en Guerrero aumentan los índices de mujeres que viven violencia comunitaria y violencia por parte de policías o militares. (ENDIREH, 2011) (Ver cuadro 6).

Cuadro 12: Porcentaje de mujeres violentadas en el ámbito comunitario por el tipo de agresor.



Fuente: ENDIREH, INEGI 2011.-

La ENDIREH, (2011:67) hace énfasis en este problema:

> *"En Guerrero son poco más de 259 mil mujeres quienes han experimentado por lo menos un incidente de violencia extrema en espacios comunitarios; de éstas, 4.3% declararon ser objeto de agresiones de extrema gravedad, ya que fueron violadas u obligadas a prostituirse; dato por arriba de la media nacional, en el cual es el 2.7 por ciento".*

Se sabe entre la gente de la región de muchos casos de venta de mujeres, para servidumbre doméstica y sexuales, como una práctica recurrente en la región. Y como lo documentan varias organizaciones de mujeres que han hecho intervenciones en la región[36]. Ante la pobreza y la violencia, muchas familias de la región se ven orilladas a vender a sus hijas. Este tipo de acto da cuenta de la violencia que viven las comunidades de la región, y de la cual también es responsable el Estado, en la medida en que sus instituciones normalizan este tipo de actos ilícitos, atentando contra todos los Derechos Humanos de la población.

Otra enfermedad que actualmente tiene un rango alto de prevalencia es el VIH-SIDA y las

[36] Como ejemplo la Brigada Callera de Apoyo a la Mujer Elisa Martínez A.C. diseñó un cómic preventivo llamado "Flores de la Montaña", que aborda el tema de la venta y robo de mujeres para comercio sexual.

enfermedades de transmisión sexual. (CENSIDA, 2013). En 2013 CENSIDA reportó 7,739 casos de SIDA en todo el estado de Guerrero, de estos 1,868 casos de mujeres infectadas, y 5871 hombres infectados, teniendo el segundo lugar, en la lista de estados con la mayor tasa (8.3) de casos nuevos diagnosticados de VIH y de sida en 2013. (tasa por 100,000 habitantes) sin embargo la Jurisdicción Sanitaria de la Montaña no tiene información real de estos casos, incluyendo sub-registros de organizaciones que han estado colaborando en la región.

Esta situación tiene que ver con el aumento de redes de trata infantil y comercio sexual que se han extendido abriendo corredores de turismo sexual que se ubican en la zona afromexicana, en la región de Marquelia y Cuajinicuilapa, así como por la elevada migración de hombres para ofrecer su fuerza de trabajo a las principales ciudades y centros turísticos como Acapulco, o Estados Unidos, donde ejercen su sexualidad sin protección y son contagiados de enfermedades de transmisión sexual y VIH-Sida, de modo que al regresar a México, lo hacen con infecciones de transmisión sexual severas[37] (Hersch, et Al. 2012). Al volver al país, ejercen su sexualidad sin protección con personas de Guerrero, expandiendo los contagios a la región; misma que a nivel oficial cuenta con pocos programas de atención en salud sexual y reproductiva.

El dengue es otra enfermedad muy común en la Costa; provoca cuadros de síntomas gripales y es tratable si se detecta a tiempo. En la región, la mayoría de los casos tienden a evolucionar hasta convertirse en cuadros peligrosos con alta incidencia de fiebres hemorrágicas. En la región las cifras de dengue son muy elevadas, en entrevista, (Briseño, 2013) el Secretario de Salud Lázaro Mazón reconoce la existencia de más de 435 casos en el año 2013, más los 199 acumulados en el año 2012, que pese al maquillaje oficial -el Sistema Nacional de Vigilancia epidemiológica de la Secretaría de Salud, únicamente reporta 30 casos en todo Guerrero-, genera situaciones de salud muy complejas en la región.

Aunque el dengue no es una de las enfermedades más letales en el cuadro epidemiológico regional, sí resulta una de las más indignantes dado que las fiebres hemorrágicas tienden a complicarse por la ausencia de atención médica oportuna, por su origen asociado a la pobreza y por la ausencia de infraestructura hidráulica saludable que obedece a deficientes

[37] Esta misma organización, Brigada Callejera Elisa Martínez, A.C., diagnosticó en sus Brigadas de verano de los años 2010-2012, en Metlatónoc y Malinaltepec, aproximadamente 60 casos de Virus de Papiloma Humano (VPH), 35 con ITS y 64 con infecciones comunes, en su intervención, tomaron muestras a mujeres de la región, que nunca antes se habían hecho este estudio. Esta información se sistematizó con la organización y algunas cifras de esta brigada aparecen en el Cómic: “La Flor de la Montaña” que es parte de una campaña que realizó esta organización para prevenir la trata y violación hacia las mujeres de la región.

políticas públicas en salud.

2.2.- Infraestructura de salud regional

En Guerrero, el Sector Salud cuenta con 1,086 unidades de salud en primer y segundo nivel de atención, de los cuales 988 pertenece a la Secretaría de Salud, 28 al IMSS, 51 al ISSSTE, 14 a la SEDENA y 2 a la Marina. Y tres de tercer nivel: el Instituto Estatal de Cancerología, el Centro Estatal de Oftalmología y el Hospital de Especialidad de la Madre y el Niño Guerrerense. (Ver cuadro 7)

Cuadro 13: Unidades de salud por región

Jurisdicción sanitaria	Centros de salud	Unidades médicas itinerantes	Hospitales básicos comunitarios	Hospitales Generales	Hospitales de Especialidades
01 Tierra Caliente	94	9	1	1	0
02 Norte	145	3	1	3	0
03 Centro	152	6	5	2	1
04 Montaña	164	14	6	1	1
05 Costa Grande	130	3	3	2	0
06 Costa Chica	128	9	4	2	0
07 Acapulco	91	0	0	3	1
Total	905	49	20	14	3

Fuente: Estudio de Regionalización Operativa 2005, Secretaria de Salud del Estado de Guerrero.

Los municipios que integran las jurisdicciones sanitarias vinculadas con esta investigación son los siguientes y cuentan con las unidades médicas que refiero a continuación:

Cuadro 14: Municipios divididos por Jurisdicción sanitaria.

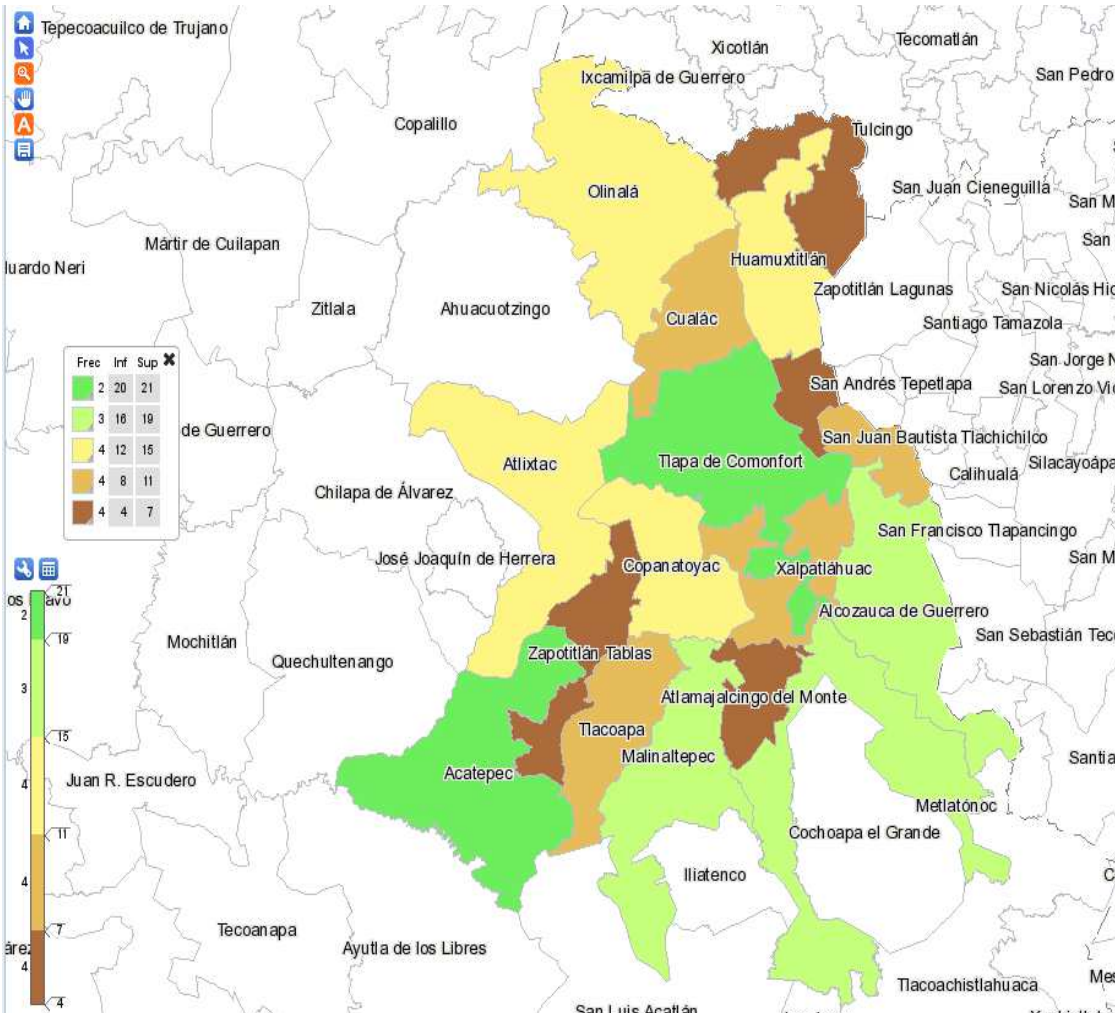
Jurisdicción Sanitaria Montaña 04	Jurisdicción Sanitaria Costa Chica 06
1. Acatepec, (21 u.m) 2. Alcozauca de Guerrero (15 u.m.) 3. Alpoyeca (4 u. m.) 4. Atlamajalcingo del Monte (7 u.m) 5. Atlixtac (14 u.m) 6. Copanatoyác (15 u.m) 7. Cualác (8 u.m.) 8. Huamuxtitlán (11 u.m) 9. Malinaltepec (18 u. m.) 10. Metlatónoc (17 u.m) 11. Olinalá (11 u.m) 12. Tlacoapa (8 u. m) 13. Tlalixtaquilla de Maldonado (8 u. m.) 14. Tlapa de Comonfórt (19 u. m.) 15. Xalpatláhuac (9 u.m.) 16. Xochihuehuetlán (4 u. m) 17. Zapotitlán Tablas (7 u. m.)	1. Ayutla de los Libres (19 u. m) 2. Azoyú (5 u. m.) 3. Copala (5 u.m) 4. Cuajiniculapa (9 u.m) 5. Cuautepec (7 u.m) 6. Florencio Villareal (7 u.m) 7. Igualapa (8 u.m.) 8. Ometepec (16 u.m.) 9. San Luis Acatlán (14 u.m.) 10. San Marcos (18 u.m.) 11. Tecoanapa (18 u.m.) 12. Tlacochistlahuaca (11 u.m.) 13. Xochistlahuaca (11 u.m.)

* Las siglas u. m. se refieren a unidades médicas en ese municipio. Esta cantidad de unidades médicas según el Censo 2011 del INEGI.** La división de municipios por Jurisdicción Sanitaria, Secretaria de Salud Federal, 2011.

En este cuadro se describe la cantidad de unidades médicas existentes por comunidad en ambas jurisdicciones, tanto de la Costa Chica, como de la Montaña.

El mapa 2 ilustra las unidades médicas con las que cuenta la región montaña, teniendo la siguiente escala: El color verde oscuro, indica que en ese municipio se tienen 24 unidades médicas o más en este caso Acatepec y Tlapa de Comonfort. El verde claro indica de 10-23 u.m.;el color amarillo un rango de 14-11 u.m.; el beige un rango de 8-13 u.m; y el café de 4-8 u.m. Estas unidades son por cada 10,000 habitantes.

Mapa 2: Unidades Médicas en la Región Montaña



*** Diseño colaborativo de: Mat. Jesús Nieto Ambriz, elaborado con información de la Base de Datos SIMBAD de INEGI, 2012

El mapa 3 representa la Región Costa Chica, y la cantidad de Unidades Médicas con las que cuenta, la escala de frecuencias es la siguiente: el color verde oscuro, indica que en ese municipio se tienen 24 unidades médicas o más; el verde claro indica de 10-23 u.m.;el color amarillo un rango de 14-11 u.m.; el beige un rango de 8-13 u.m; y el café de 4-8 u.m por cada 10,000 habitantes.

Mapa 3: Unidades Médicas en la Región Costa Chica

Diseño colaborativo de: Mat. Jesús Nieto Ambriz, elaborado con información de la Base de Datos SIMBAD de INEGI, 2012.

Respecto al Sistema de Protección Social en Salud, del gobierno federal, citaré las cifras oficiales, y el número de afiliados en la región según la información del INEGI, que para el año 2012, reportó la cifra de 1, 398, 952 de personas afiliadas en todo el estado. Sigue existiendo un divorcio entre el número de afiliados y el número de usuarios totales que es de 2, 990, 025 que registraron las instituciones en el año 2012. (INEGI, 2011; Sistema de Protección Social Seguro Popular, 2012) Esta cantidad de hospitales en sí misma, es insuficiente para cubrir las necesidades de la población de un territorio tan amplio como lo ilustran los mapas; además de esta insuficiencia, las usuarias reportan escasez de personal médico, ausencia de equipo médico, insumos, medicamentos y material de curación.

Con ausencias reales en salud, como lo documentan la organización Raíz Zubia (2011) donde los hospitales como los de Ometepec y San Luis Acatlán están sin terminar, o sin insumos médicos[38]. La mayoría de las veces se tienen que ir sin recibir atención y cuando la consiguen, es de pésima calidad por la gran demanda, puesto que en la entidad existe una sobre-saturación de servicios médicos, teniendo que dar cada médico 12.7 consultas por día hábil (INEGI, 2011) En Guerrero, para el sector público existen 0.6 médicos generales que dan servicio por cada mil habitantes y 1.9 enfermeras por cada mil habitantes; también se cuenta con 0.5 camas censables por cada mil habitantes. Hay 7.0 consultorios por cada 10,000 habitantes en la entidad. (INEGI, 2011)

Esta situación es mucho más difícil para la región Costa-Montaña, como en el caso del hospital de Tlapa de Comonfort, (que a la gente de las comunidades de la montaña les queda en promedio a 3.5 horas de distancia en caminos muy accidentas que no cuentan con pavimentación) el cual debe dar atención en promedio a 300,500 usuarios de 17 municipios.

El hospital está diseñado para vivir una precariedad crónica, como lo denuncia Amaro, (2010:7) refiriéndose a la escasez de personal en dicho nosocomio:

> *"una sola ginecóloga debía atender a 17,554 mujeres en edad fértil de los distintas comunidades indígenas".*

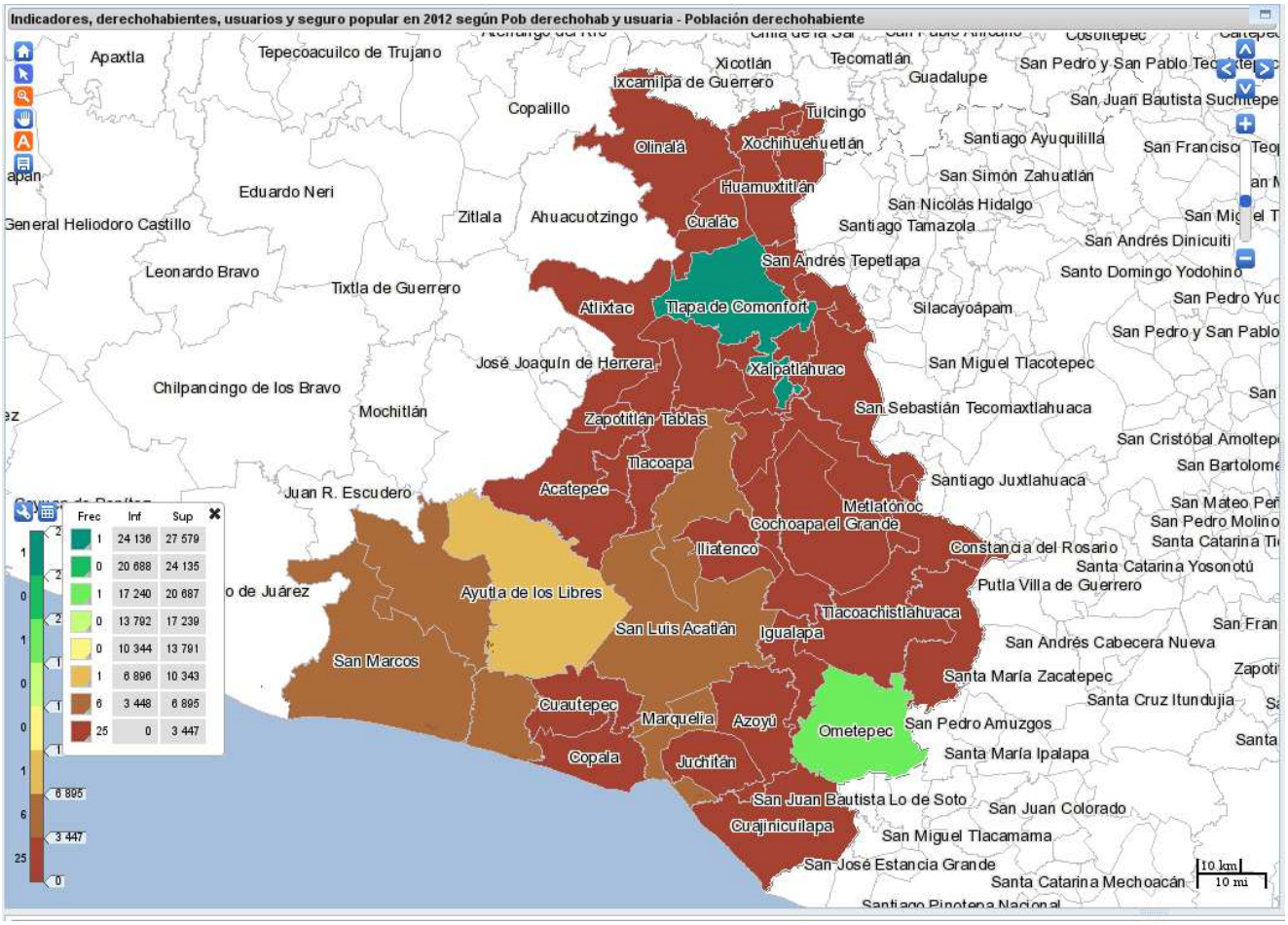
Además de enfrentarse a la falta de contratación de personal médico, por la complejidad de trámites institucionales que implica (Meléndez, 2002)

[38] Usuarias y parteras de la CAMi, testimonian que a falta de gasas y de vendas en el hospital de San Luis, han tenido que usar ropa vieja que han lavado para usarlas como insumos.

Esta información la constatan algunas organizaciones de mujeres tras vivir una serie de abusos a las usuarias (Camacho, 2013) y de dar seguimiento a casos de violencia obstétrica en los hospitales de Tlapa y Ometepec. Así como lo denunciaba también el ex-diputado Enrique Herrera Gálvez en 2011 (La Jornada, 2011) mismo que paradójicamente en la actualidad es director del Hospital de Tlapa y quien en su cargo actual reproduce las mismas carencias en sus políticas para con los usuarios de origen indígena que antes denunciaban).

En el mapa 4 se observa que la mayoría de las comunidades de la región, las que están de color marrón, no cuentan con derechohabiencia a ningún sistema de salud, pese a las grandes campañas oficiales de afiliación.

Mapa 4: Derechohabientes en las Jurisdicciones Costa-Chica y Montaña



Diseño colaborativo de: Mat. Jesús Nieto Ambriz, elaborado con información de la Base de Datos SIMBAD de INEGI, 2012.

A este respecto son muchos los factores que atraviesan esta problemática, y para analizar el impacto real en la salud de los guerrerenses del Seguro Popular, retomaré los aportes que hace Berrio (2013) sobre los efectos tangibles en la Protección del Derecho a la Salud de la población de la región. En los trabajos de Berrio, se detallan las estrategias de afiliación un tanto desesperadas[39], que se explican por la necesidad de financiar el sistema de salud de garantizar el reparto de fondos para el estado de Guerrero y aumentar la partida presupuestal que reparte la federación a cada estado en el rubro de la salud. Como lo analiza Laurell (2011), la afiliación no es una garantía de atención, puesto que el programa Seguro Popular, no implica derechohabiencia[40] que proteja a los trabajadores y a sus familias en un Sistema de Salud, como en los casos del Instituto Mexicano del Seguro Social o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Este esquema de financiamiento ha tenido a la población de la región en una situación muy vulnerable, porque sólo ofrece:

"*un pequeño cuadro de medidas preventivas mal diseñadas", (Leal, 2009:4)*

[39] En el gobierno de Calderón se usaron otros programas (Arranque Parejo en la Vida, OPORTUNIDADES, etc) para afiliar a la mayor cantidad de población en el menor tiempo posible, Seguro Médico para una Nueva Generación, Embarazo Saludable, Oportunidades y zonas prioritarias con el fin de garantizar mayores financiamientos en función del número de afiliados.

[40] En el Sistema Universal de Salud, se da un financiamiento tripartita, donde los contribuyentes son el gobierno federal, las entidades federativas en sustitución del patrón y las familias en sustitución del trabajador, aunque en recientes reformas, ésta última aportación ya se hace de manera individual

Que no cubre las enfermedades que realmente padece la población; cuando llega a cubrirlas, la calidad en los servicios tiene un déficit crónico; como lo declara Sergio Barrera Hernández, ex-presidente de la Federación Médica del Estado de Guerrero:

> "*Somos uno de los estados con mayor afiliación al Seguro Popular, sin embargo, del que poco beneficio han obtenido los supuestos beneficiarios". (Barrera.2011, citado en .: Leal, 2011: 9)*

La pésima calidad, entre otros factores políticos, también tiene que ver con los bajos salarios al personal médico, así como con la sobre-saturación de los servicios, y las pésimas condiciones laborales (Sólo el 40 % tiene prestaciones). Evidentemente, éste personal vive con mucha presión institucional que se ve reflejado en el maltrato hacia la población, que es la que constantemente es la destinataria final de esta cadena de violencia institucional.

El Seguro Popular lejos de paliar un poco las secuelas históricas de éste perfil epidemiológico, ha causado mayor violencia en las intervenciones en salud y en muchos casos es el responsable directo de muchas muertes maternas en la región por las severas contradicciones administrativas en las regiones donde hay más comunidades indígenas, como lo afirma Daniela Díaz: (2010: 16)

> "*Una de las bases de los seguros médicos, más aún en un sistema de aseguramiento universal, es la solidaridad: quienes tienen más salud y más recursos*

económicos, financian a quienes tienen menos. Sin embargo, en el caso del Seguro Popular en estados con alta concentración de población indígena ocurre lo contrario".

Estas acciones son preocupantes, porque además son directas hacia la población indígena, y son parte de una estrategia de políticas etnofágicas dirigidas a la región (Díaz-Polanco, 2006), y cuentan con la anuencia y el aval del gobierno del estado de Guerrero y del gobierno federal mexicano

2.3.- La ausencia de política sanitaria digna en Guerrero

No es casual el hecho de que más de la mitad de los hospitales de la región padezca desabasto crónico, tampoco es casual, que la Secretaría de Salud haya dado de baja en abril de 2011 más de una tonelada de medicinas del cuadro básico porque nunca salieron del almacén y caducaron (Reforma, 25 de abril de 2011). Tampoco es fortuito que en Guerrero, siendo uno de los estados con mayor marginación, se haya adquirido un helicóptero "para trasladar enfermos", que costó 54 millones de pesos a la Secretaría de Salud, o que esa misma secretaría haya registrado un faltante por más de 100 millones de pesos, en 2011; tampoco que ese mismo helicóptero se haya usado para trasladar a los candidatos priístas durante las campañas electorales (Leal, 2011)

La política sanitaria en Guerrero históricamente se ha caracterizado por un rasgo muy peculiar, que van más allá de una orografía de difícil acceso. El fondo del asunto radica en la ausencia de voluntad política para impulsar una política pública en salud, con orientación humanitaria, incluyente e integral, porque como lo documenta Leal (*Ibid*) ésta situación es dolosamente excluyente y ha incluido a casi todos los gobernadores de Guerrero, quienes en sus Planes Sexenales[41], han prometido acabar con esta problemática, sin embargo, esto no sólo se mantiene, sino que se recrudece el problema de desabasto crónico que padece Guerrero en el rubro de la salud.

Otro aspecto importante a resaltar sobre el papel de las políticas sanitarias en el contexto histórico y político de la región, es el de la represión. A través de la aplicación de políticas de salud de manera discrecional a grupos, así como de castigar a ciertas poblaciones por acción u omisión, reproducen una estrategia de constrainsurgencia a movimientos sociales, llamado Guerra de Baja Intensidad[42]. Acciones como: vacunación selectiva, esterilización

[41] Desde Rubén Figueroa, René Juárez , Zeferino Torreblanca, hasta Ángel Aguirre en la actualidad han hecho promesas de campaña y planes de inclusión a la región en la mejora de esta demanda que siguen sin cumplirse.

[42] Durante el conflicto armado en Chiapas, 1994 se utilizaron brigadas de salud para entrar a las comunidades en resistencia, como una forma de obtener información, dividir a las comunidades y desintegrar el tejido comunitario.

cooptada o forzada, violencia institucional hacia personas indígenas, iatrogenias provocadas por mal uso de los medicamentos, brigadas que promueven la salud desde un enfoque individualista y culpabilizante, omisión de delitos por parte de otras instancias federales, también forman parte de la responsabilidad del Estado Mexicano y las violaciones al Derecho a la Protección en Salud. (Badillo, 2009)

En ese sentido, se han documentado innumerables violaciones a los derechos humanos por diferentes instancias del Estado Mexicano, incluidas las instancias de Salud Pública, como los casos que ha acompañado el Centro de Derechos Humanos Tlachinollan (2012), Un ejemplo de esos casos son: los de Inés Fernández y Valentina Rosendo (AIM, 2004)[43] quienes fueron torturadas sexualmente por militares en 2004, ante ésta situación, los centros de salud negaron la atención a estas mujeres y fueron cómplices del Estado eliminando pruebas médicas que servirían como pruebas de peritajes forenses[44]; otro ejemplo son: los 17 casos de esterilización forzada a hombres[45] indígenas en el año 2008 en El Camalote, Ayutla, Guerrero y a otros 16 indígenas en años anteriores, donde la Secretaría de Salud aplicó políticas de exterminio a estas comunidades indígenas que se estaba organizando en movimientos de resistencia; los casos de Llano de la Rana en Metlatónoc, cuya casa de salud estuvo cerrada durante un año por falta de fondos estatales para su funcionamiento. Todas estas acciones dan cuenta de que la forma de gestionar y operar las instancias en salud a nivel federal, las cuales obedecen a intereses políticos inhumanos, amorales y sin la menor preocupación por el bien común.

En ese sentido, es importante destacar que la apropiación civil y las acciones en salud que se han hecho en la región han tendido a ampliar y extender el Sistema de Salud en Guerrero; es decir, que ha obligado a las instancias de salud a ampliar en la práctica, lo que antes era retórica institucional y en estas acciones de exigilbilidad se le ha pedido al gobierno que contemple realmente las necesidades de los pueblos indios de la región, y haga valer las políticas de salud que la gente necesita, con sus especificidades, respetando

[43] Amnistía Internacional, México, Mujeres indígenas e injusticia militar, 23 de noviembre de 2004, Resumen índice AI: AMR 41/033/2004 documenta ampliamente como las instituciones públicas de salud encubrieron a los militares eliminando la evidencia, así como discriminando y violentando a éstas mujeres por pertenecer a una organización indígena y negando a darles atención pretextando no entender su idioma *me`epha*.

[44] En otros casos de ataques contra pueblos indígenas, El Charco, Ayutla-OPIM, Aguas Blancas, los ecologistas de Petatlán, etc. organizaciones por los derechos humanos han documentado la misma característica: las pruebas forenses desaparecen cuando llegan a manos de los médicos forenses del Estado.

[45] Casos documentados en la recomendación 35/2004, ante la Comisión de Derechos Humanos del estado de Guerrero, donde personal de la Secretaría de Salud amenazó con quitarles el apoyo económico de programas federales a éstas personas para que accedieran a hacerse la vasectomía sin información, ni convicción personal.

la cultura local pero sobre todo como sujetos con derecho a la salud, siendo corresponsables con el Estado, en los niveles local, regional y nacional. Esto va más allá del grandilocuente discurso neoliberal de la universalización en servicios de salud, que no es más que exagerar las cifras para que se financien los hospitales de las zonas turísticas de Guerrero, y que deja sin derecho-habiencia real a la mayoría de la población de la región específicamente de la Costa. (Berrio, 2013) (Ramírez, 2010) (Fundar, 2007).

La exigibilidad, también involucra el derecho de los ciudadanos a tener acceso total a la información sobre salud y paralelamente tener oportunidades de aprendizaje y alfabetización en salud para que se faciliten los procesos de participación. Y esto también se ha conseguido con los talleres de las organizaciones como UNISUR y Kinal Antzetik que ha fomentado la integración de Conversatorios sobre Muerte Materna, a nivel internacional. Estas actividades cobran una gran importancia al concientizar a la población sobre el tema del derecho a la salud como parte de los DESCA (Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales) porque esta conciencia popular va tejiendo el puente para poder hacer realidad el discurso de derecho a la Salud y el acceso real a los servicios de salud a través de construir acciones públicas organizadas que proporcionen esa asequibilidad.

En la región hay una muestra importante de acciones colectivas en salud, que son parte de esta respuesta social organizada; dichas acciones inciden en las políticas públicas, y hacen presión política ante las instancias de salud para hacer cumplir estas políticas: algunas acciones que se han hecho en la región, van desde mandar una carta a periódicos, o directamente a funcionarios, marchas, audiencias con gobernadores, foros, denuncias en conferencias de prensa, toma simbólica de hospitales y todo lo que implique la solución de problemas que afecten la salud de la población.

De ahí que en Guerrero, es necesario construir una política sanitaria que construya una promoción de la salud intercultural que considere para su ejecución: los determinantes

sociales, y los procesos colectivos, que no deje de lado la capacidad de agencia de las personas, su cosmovisión, así como las instituciones indígenas que ya construyen ciudadanía étnica.

2.4.- Actores políticos y sociales construyendo autonomía en la Costa-Montaña

En la región contrasta la extensa riqueza medio ambiental, con la extrema pobreza material que la gente de las comunidades ha sabido paliar, con su enorme imaginación, su riqueza cultural y sobre todo con su memoria histórica.

Espino Blanco en Malinaltepec, es en un lugar estratégico donde convergen gran cantidad de actores sociales que configuran territorio a partir de sus muy diversas cosmovisiones y coloridos simbolismos, algunos de ellos son:

La casa de justicia de la Coordinadora Regional de Autoridades Regionales-Policía Comunitaria (CRAC-PC), un sistema de justicia comunitario que se rige por elección de sus propios gobernantes, en donde se ejerce una procuración de justicia comunitaria basada en los valores indígenas, la reeducación desde los Principales (abuelos indígenas que educan éticamente a los que incurren en flagrancia), el trabajo comunal como forma de reparación del daño; o el comisariado que, como equipo, ha fomentado un protagonismo indígena desde la práctica de impartición de justicia por los consejeros regionales electos por la Asamblea Comunitaria.

La Coordinadora Regional de Autoridades Comunitarias-Policía Comunitaria surge en 1994, a raíz de la gran inseguridad que se vivía en la región. La lejanía con la federación, los pésimos caminos, el abandono y corrupción policial, la miseria y las escasas rutas comerciales de Tlapa a Marquelia, convirtieron a éstas comunidades en blanco ideal para

cometer delitos con impunidad, había una gran incidencia de asaltos, robos de ganado, violaciones sexuales a mujeres y niñas y otros delitos que detonaron que entre 1994 y 1995 se realizaran asambleas comunitarias regionales para buscar soluciones. Y es el 15 de octubre de 1995 cuando en Santa Cruz del Rincón, municipio de San Luis Acatlán con 38 comunidades mixtecas, tlapanecas, nahuas, amuzgas y mestizas se crea la Policía Comunitaria como un cuerpo de topiles (guardianes) que vigila su territorio, y además resuelve controversias judiciales desde su cosmovisión indígena, su auto-determinación en la forma de reeducar a quien comete un delito y que desde entonces se ha dedicado a construir la autonomía de facto, amparándose en Convenios Internacionales que el gobierno mexicano firmó sólo por protocolo y sin voluntad política, (como el artículo 160 de la OIT, el artículo 39 constitucional, y a nivel local, la ley 701 del estado de Guerrero) pero que a la fecha sabotean formalmente la práctica real del Municipio Libre, la autonomía y de la auto determinación territorial. Con este antecedente importante de la CRAC-PC, es como se puede explicar la relación que se construye de interlocución con el Estado Mexicano, porque es una institución que influye a toda la población de la Costa-Montaña y que impacta en el imaginario de la población construyendo territorio (Sánchez, 2003; Rangel, 2006; Sarmiento y Barrera, 2006; Flores, 2007; Ortega, 2008; Sierra, 2010; Morales, 2009).

En las comunidades vecinas también se encuentra una gran cantidad de actores sociales que han transformado con su hacer la relación de interlocución con el Estado, como es el caso de Santa Cruz del Rincón, donde se enclava la sede principal de la UNISUR, que es una Universidad Intercultural de los Pueblos del Sur, que ha crecido a contrapelo, desafiando el currículum oficial (que mantiene una política de incorporación[46] opuesta a la misión unisureña) mientras que esta universidad se ha mantenido como un proyecto educativo autogestivo que respeta la cosmovisión y los intereses del estudiantado indígena, porque forma intelectuales indios que trabajan en sus comunidades, abriendo espacios académicos donde se reconstruye el debate decolonial, en torno a la comunalidad indígena, sus instituciones y su territorio . (UNISUR; 2006)

Otros sujetos importantes, que han trabajado organizando la región, son los párrocos católicos de la Diócesis de Tlapa, que a través de la teología de la liberación, han fomentado la organización comunitaria en torno a las demandas como educación y salud.

[46] Entendiendo como política indigenista de incorporación a aquella política que busca incorporar al sujeto indígena a los programas estatales, desde donde se desdibuja su identidad, incorporándolo al plan de desarrollo del país, cuando en realidad se aplica una política etnofágica -devoradora de identidades étnicas-.

Los sacerdotes Mario Campos, Bernardo Valle y Melitón Santillán, quienes llegaron a mediados de la década de 1980 a Santa Cruz del Rincón y se convirtieron en pilares protagónicos de los procesos educativos y organizativos en la Costa-Montaña, organizando un grupo de cantores que se convirtieron en actores sociales importantes, gestionando la sede de la Universidad Pedagógica Nacional en Santa Cruz del Rincón, y los centros de salud de esas comunidades. Con el paso de los años estos cantores empezaron a formar comités de salud. Algunos grupos de mujeres pioneras en organizarse en beneficio de su comunidad se capacitaron como promotoras de salud y empezaron a incidir en sus comunidades en el ámbito de la salud.

Existen organizaciones locales de Derechos Humanos que han hecho una labor de acompañamiento y denuncia muy importante en la región como; el Centro de Derechos Humanos de la Montaña, Tlachinollan, la Red Guerrerense de Derechos Humanos, el Colectivo Contra la Tortura y la Impunidad, Centro de Derechos Humanos José María Morelos y Pavón, Instituto Guerrerense de Derechos Humanos, quienes se han convertido en importantes gestores comunitarios. A través de su intervención entre el Estado Mexicano y las comunidades, han incidido en construir una política de negociación en aspectos como la salud, la impartición de justicia, la seguridad comunitaria, sobre todo, en vigilar la lucha contra la impunidad de instancias federales y los abusos de autoridad del Ejército y las instituciones judiciales en el Estado, a pesar del peligro[47] que éstos actos implican.

En esta descripción de actoras sociales, tenemos también a las organizaciones de mujeres que han hecho una importantísima labor construyendo exigibilidad en la región, haciendo

[47] Durante toda su historia, estos organismos han vivido amenazas, hostigamiento y agresiones por parte del Estado Mexicano.

contrapeso a la violencia patriarcal en la región. La historia de estas organizaciones femeninas de resistencia es larga y sus orígenes están vinculados al surgimiento de movimientos de resistencia indígena surgidos en América Latina como una respuesta reivindicativa de los procesos de colonización y exterminio a los pueblos indios del continente. Después del Quinto centenario de la invasión española, y origina el surge el Consejo Guerrerense 500 años de Resistencia Negra, Indígena y Popular en 1991. Posteriormente, con el levantamiento zapatista en 1994, se dan las condiciones para construir la ANIPA (Asociación Nacional Indígena Plural por la Autonomía) que surge en 1995 al calor de la discusión sobre auto-determinación indígena que empieza a incidir en el protagonismo del movimiento campesino en Guerrero. Un evento que es parte-aguas en la lucha femenina en Guerrero, se da a partir de la difusión de la Ley Revolucionaria de Mujeres, en la que las mujeres zapatistas denuncian opresión histórica racial y de género (Espinosa, et al, 2010), Estos elementos van dándole forma a la creación de la CONAMI (Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas) en 1997, que en sus orígenes se vincula con movimientos campesinos y luchas agrarias en el estado de Guerrero.

Para dar un panorama general sobre la importancia de estas actoras en el territorio, es necesario retomar a grandes rasgos la historia del movimiento social en la región, aunque ya existen numerosas investigaciones que lo abordan a profundidad (Espinosa, Dircio y Sánchez, 2010; Espinosa 2013; Berrio, 2008, 2009; Canabal 2008, 2009; y Sánchez, 2005). No se puede explicar el proceso protagónico actual de estas mujeres en la región sin abordar el proceso histórico por el que atravesaron las organizaciones campesinas en los años ochenta para explicar que este proceso de construcción de ciudadanía, construcción de justiciabilidad y la lucha por los derechos no fue sencilla, ni fueron hechos

aislados.

Todo comenzó con la entrada del neoliberalismo en el país y con la necesidad económica del gobierno mexicano de acceder a financiamientos internacionales, porque para que esto sucediera, el gobierno debía dar muestras de democracia y ciudadanía. De esa forma, se empiezan a firmar tratados sobre inclusión a los pueblos indios, pero sin una intención de reconocimiento real, sino como un requisito accesorio para ingresar *al "primer mundo*". Indigenismo de integración etnofágico que buscaba diluir la identidad indígena. "integrarlos" al Estado (Flores, 2005) , teniendo que ser los pueblos quienes pagaran el costo político de este reconocimiento con la pérdida de su identidad cultural a cambio de ser aceptados en un país "plural y democrático". Por esta razón, el gobierno se vale del Instituto Nacional Indigenista como instrumento necesario para la vinculación real entre el gobierno y los pueblos indios. Con esta idea empieza a darles algunos financiamientos agrarios a los pueblos indios para organizarse en redes de abasto, que los pueblos con su tradición organizativa se apropian rápidamente para hacerse cargo del proceso de producción en beneficio colectivo, construyendo así las grandes centrales campesinas.

La coyuntura política coincide con el auge del Movimiento Indígena de Guerrero que exacerba con el surgimiento del Consejo Guerrerense Quinientos Años de Resistencia Indígena (CG500ARI) que da las condiciones para iniciar una etapa de liderazgo de las organizaciones en Guerrero: Unión Nacional de Organizaciones Campesinas Autónomas, (UNORCA), Consejo de Pueblos Nahuas del Alto Balsas (CPNAB), Productores Rurales de la Montaña de Guerrero,(ARIC), Asamblea Nacional Indígena Por la Autonomía(ANIPA),

Cooperativa de Cafetaleros Orgánicos Luz de la Montaña (Hernández, 2009; Gutiérrez, 2009) Sociedad de Solidaridad Social Zanzekan Tinemi (Triple S). En el movimiento indígena mixto, se da la lucha por lo agrario, sin embargo las demandas de salud, de no violencia, de vivienda, educación y de género se dejan de lado. Por esta razón las mujeres empiezan a organizarse en torno a estas necesidades surgiendo así: la Titekitetoke Tajome Sihuame (Estamos trabajando nosotras las mujeres), la AMMOR (Asociación de Mujeres organizadas en Red), la organización Noche Sihuame, Zan Ze Tajome, y Kinal Antzetik, quienes posteriormente le dieron vida a la Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas (Berrio, 2009), que aglutinó una gran cantidad de experiencias organizativas en la región, desde las necesidades de las mujeres indígenas

En su momento, todas estas organizaciones surgidas a partir del Movimiento Indígena Guerrerense, tenían condiciones para negociar con los partidos políticos de izquierda por la coyuntura política "complaciente" de ciertos gobiernos y que en su momento, fueron representantes de la lucha indigenista por sus demandas básicas, y que a través de la mediación partidista, lograron algunas victorias políticas negociando con el Estado a través de ellos. Sin embargo esta coyuntura fue insuficiente, dada la ambición existente de ciertos dirigentes para que se rompiera con esta posibilidad, debilitando así al movimiento social, y cerrando esta etapa histórica; que sin embargo le deja muchos aprendizajes al movimiento de resistencia organizado, y que se convierte en el antecedente para que sean posible estos liderazgos en salud.

El papel de estas organizaciones es determinante, porque han jugado un papel protagónico en la prevención sanitaria de muerte materno-infantil, los Derechos Sexuales y Reproductivos y por supuesto, son pioneras en incentivar el protagonismo femenino a partir de sus talleres, de su labor vinculatoria entre instituciones, y sus encuentros de parteras y promotoras de salud sexual y reproductiva. Pero sobre todo, convirtiéndose en el más importante bastión de lucha contra la muerte materna en la región, pero también en la construcción de autonomía, de representación política (Flores, 2005, y 1998) y de defensa del territorio, luchando ante la globalización el despojo y la imposición de la explotación minera,[48] desde su cosmovisión.

Este proceso de organización de la región ha reivindicado la identidad indígena de la población, destacando su papel como detonadoras de organización, de estructura comunitaria, y de expresión del poder popular. Configurando una identidad política, se

[48] En Paraje Montero e Iliatenco, Malinaltepec, existen concesiones de mineras inglesas y canadienses para explotar la minería en la montaña durante 50 años.

construye ciudadanía étnica (Cerda, en Baronnet et al, 2011) que reivindica los valores comunitarios: manteniendo una ética que mantiene la comunalidad y el tejido social unido a la vez que genera una ideología de resistencia, de cuestionamiento al poder, y de construcción de horizontalidad con el gobierno mexicano.

Para las comunidades, ha sido importante difundir nuevos paradigmas epistémicos (Santos, 2009) es decir, una ciencia que desde la teoría crítica de-colonial abra espacios insurgentes de conocimiento, que visibilicen y transformen los saberes y las prácticas hegemónicas, dándole un carácter dialógico, de reconocimiento que deseche jerarquías, y que sea capaz de recuperar los sistemas de producción ancestrales, como en el caso de las parteras y las promotorías de herbolaria con el proyecto de *farmacias verdes,* que constituyen una alternativa a la visión mercantilista de las empresas farmacéuticas y que pudieran ser un antídoto político-económico de resistencia ante sus embates; sin embargo, ésta no es reconocida, ni aprovechada en su totalidad, por la reproducción epistémica de saberes coloniales, basados en una práctica médica eurocéntrica que devalúa la imagen de los saberes tradicionales en el imaginario colectivo.

El enfoque preventivo en salud que tiene como herramienta principal la medicina herbolaria para tratar enfermedades que no se atienden en el primer nivel de atención, ha sido un elemento importante para incidir en la salud colectiva, atender padecimientos y así construir salud y resistencia. Sin embargo, en el tratamiento de enfermedades crónicas,

ésta ha sido insuficiente y se ha tenido que recurrir a la exigibilidad del derecho a la salud, para transformar éstas ausencias de infraestructura hospitalaria.

Estas intervenciones son tejidas finamente por las promotorías, desde las comunidades, interviniendo en las Asambleas Comunitarias, para resolver sus diferencias políticas, actúan en talleres denunciando injusticias hacia las mujeres, buscan cambiar la condición de opresión, luchando contra las prácticas patriarcales, y la violencia comunitaria.

Con estas acciones colectivas en salud, hacen válidas las aportaciones de la declaración de Yakarta (1997) donde se pone un énfasis especial en los mecanismos de movilización social, como la formación de alianzas estratégicas entre instituciones y organizaciones de la sociedad civil, para el cabildeo en salud, y la abogacía para mejorar la red de servicios. Específicamente destaco los esfuerzos con los que las promotoras de Kinal Antzetik se han apropiado de las formas de gestionar la atención de urgencias con los hospitales de Tercer Nivel de atención y el respeto que se han ganado ante los funcionarios de salud. Con esto no quiero decir que las promotorías de salud se oponen al mejoramiento de los servicios de salud desde el gobierno federal para la atención de enfermedades, ni tampoco del sistema de salud en Guerrero; antes bien la acción de éstas promotorías buscan complementar el Sistema de Salud y hacer mejoras a través de la participación y gestión de la comunidad en acciones de salud

colectiva.

La leyenda que se observa pegada en la puerta del módulo de enfermería del Hospital del *"Señoras: Cuando vengan a consulta, favor de venir limpias* de la Madre y el Niño Guerrerenses, esta es otra muestra de la discriminación, prejuicios y subvaloración que existe hacia los pacientes indígenas (Albó, 2004), prueba de ello es que muchas aportaciones prácticas de las promotoras de salud, no son reconocidas ni divulgadas en revistas académicas o científicas, más que en contadas ocasiones, porque la visión biomédica de muchas instancias epistémicas ha devaluado y sesgado el conocimiento popular.

Alguna vez entrevistando al Dr. Jorge García, responsable de la Casa de la Mujer Indígena "Nellys Palomo" en San Luis Acatlán, me comentaba que las parteras tienen conocimientos milenarios y que el vino a aprender mucho más en la práctica con ellas que en la Facultad de Medicina.[49]

2.5.- Historia de la región luchando por el territorio

La revisión de los procesos históricos en la región no pretende ser exhaustiva, puesto que ya hay importantes aportaciones de diversos autores, (Flores, 2007, 2009; Hernández, 2009, Sarmiento, 2009; Gutiérrez, 2009); el objetivo de mencionar estos proceso históricos

[49] Como ejemplo me mencionaba de un procedimiento gineco-obstetrico en donde las parteras punzaban con una aguja larga de maguey desinfectada, evitando así el sufrimiento fetal, en un parto difícil, mientras la parturienta alcanzaba los centímetros de dilatación necesarios para el alumbramiento y otro conocimiento que para el resulto vital, cuando la partera de Cuanacaxtitlán, le decía que el momento del alumbramiento llegaba a la cúspide era cuando la cadera de la parturienta alcanzaba una elevada temperatura y ese sería su principal indicador, eso sólo lo aprendió en la práctica con las parteras indígenas.

en la región es el de explicar por qué la comunalidad otorga un arraigo sanador en un territorio que ha vivido mucha violencia. Existen varios antecedentes históricos en la región que son importantes para entender el camino que tuvieron que andar estas mujeres y hombres que integran estas Promotorías en salud, para convertirse en protagonistas de acciones de exigibilidad comunitaria. Sobre todo, vale la pena entender estos procesos porque esta interacción con el Estado Mexicano tuvo muchos costos políticos en vidas humanas y formó parte de la historia del estado de Guerrero.

Desde antes de la llegada de los españoles, el territorio se fue poblando de los indios yopes que ya tenían un proceso de lucha por el territorio contra los mexicas, comenzando con la resistencia indígena. Es por esa razón que desde la época prehispánica el Río Balsas fue un semillero de migrantes. Este hecho le da un carácter combativo a la región que en diversas etapas de la historia da testimonio de que la población lucha por su territorio. Durante la Revolución Mexicana hay muchos ejemplos de luchadores que se asientan en la región influyendo con su ideología en las comunidades indígenas, hecho que se verá reflejado posteriormente en los procesos de organización campesina que describí antes. En ese sentido, la época cardenista con la ideología socialista vuelve a encender esa llama liberal en las comunidades que hace que en la década de los años sesenta se incendie la montaña con sus organizaciones campesinas. Este auge es tan impresionante que hace que a la región se le conozca como “la montaña roja” en honor al Partido Comunista (PCM) y su bandera de color rojo, indicio de organización popular entre maestros rurales y campesinos que buscan cambiar sus condiciones de opresión.

Un referente fundamental de esta gesta es el profesor Genaro Vásquez Rojas y la

Asociación Cívica Nacional Revolucionaria en San Luis Acatlán quienes lograron aglutinar a los campesinos denunciando la explotación. En el municipio de Alcozauca, se tuvo la influencia del líder magisterial Othón Salazar y fue de los primeros municipios en México en contar con un gobierno de izquierda (Flores, 2007); mismo que influyó en las comunidades de Metlatónoc y Malinaltepec (Sarmiento, 2009).

Estos luchadores influyeron mucho en la región. Se vincularon con el Movimiento Médico y los teólogos de la liberación logrando un movimiento revolucionario que fue brutalmente reprimido con movimientos contra-insurgentes, que por un tiempo desarticularon la organización política. Con el tiempo, esta represión fue motor de re-organización de las bases del proyecto organizativo de lo que después formaría la Coordinadora Regional de Autoridades Regionales, CRAC-PC. Cabe destacar que Guerrero fue el primer estado del país que vence en la contienda electoral al Partido Revolucionario Institucional y se caracteriza por ser pionero en tener gobernadores de izquierda. A principios de los años ochenta, los partidos de izquierda en Guerrero, tienen una labor en la interlocución con el Estado y las grandes centrales campesinas (Hernández, 2009)

A mediados de los años ochenta; otros actores modernos que son fundamentales para la construcción del movimiento guerrerense, son el Consejo Guerrerense 500 Años de Resistencia Negra, Indígena y Popular, el Consejo de Pueblos Nahuas del Alto Balsas (CPNAB) y el Consejo Regional de la Montaña que son paradigmáticos en la reivindicación del movimiento indígena de la región, que con las especificidades de organización y de lucha definen la identidad de la población en el imaginario colectivo, El CAIN (antecedente

de la CRAC-PC), la Cooperativa Luz de La Montaña, Unión Regional Campesina, Triple S de Café y Maíz y el Consejo de Abasto Comunitario son instancias organizadas que le dan vida y movimiento a la Costa Montaña en la búsqueda por paliar estas políticas de abandono que se vivían desde entonces en la región.

De estas organizaciones de corte indígena, surge a principios de los años noventa la ANIPA, (Asociación Nacional Indígena Plural por la Autonomía), de ella se deriva la (CONAMI) Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas, que con el paso del tiempo abre camino para la creación Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas, quienes son la punta de lanza en este proceso organizativo tan plural que en la actualidad reviste la región de organización popular.

La influencia histórica de todas estas luchas impacta hasta nuestros días, cambiando la lógica de subordinación de las comunidades de la región y asumiendo su papel como actores sociales que luchan por sus derechos, considerándose a sí mismos como dignos interlocutores e interlocutoras ante el Estado Mexicano, ejerciendo su papel de ciudadanos y ciudadanas que luchan por mejores condiciones de vida.

2.6.- Relaciones entre el Gobierno autonómico regional y los gobiernos federal y estatal:

En el territorio comunitario coexisten las formas de gobernar y de hacer justicia, entre las instituciones del Estado y las organizaciones comunitarias. Están los ayuntamientos con

sus cargos civiles y su policía ministerial, y también están las autoridades tradicionales con su sistema de cargos, como la Coordinadora Regional de Autoridades Comunitarias-Policía Comunitaria, que pese a las obstrucciones estatales funciona como la instancia de justicia con más credibilidad entre los pueblo indios de la región. Las instituciones indígenas se han constituido a base de ejercer cargos honoríficos que no reciben dinero del gobierno por ejercer este trabajo, son financiadas por la comunidad, eliminando la posibilidad de corromperse. Por esta razón las comunidades prefieren a las autoridades comunitarias y a su sistema de justicia indígena. Desde su surgimiento el Estado Mexicano y sus instituciones militares, políticas y jurídicas han obstaculizado la autonomía indígena reprimiendo y desacreditando a la CRAC-PC, y otras autodefensas. Particularmente en el año 2012-2013, el tema de las auto-defensas por su libre determinación ha provocado mucha preocupación al Estado Mexicano, invirtiendo mucho tiempo, dinero y costos políticos en desarticular a este esfuerzo autonómico que es un reducto de la resistencia política indigenista.

En este espacio social que llamamos territorio, existen instituciones que se han configurando en la práctica cotidiana construyendo una forma distinta de relacionarse con el Estado y sus poderes, construyendo paralelamente sus formas de hacer justicia.

Estas formas paralelas de justicia surgen en las diferentes coyunturas políticas de relajamiento del Estado, como la que surge después del periodo cardenista en la etapa de institucionalización, donde los mecanismos de control político fueron más laxos, las poblaciones equilibraron la correlación de fuerzas entre el gobierno y ellos, construyendo una relación más horizontal entre municipio y comunidad, incidiendo en ciertas regiones, como ésta, de forma más directa y creativa en la creación de sus municipalidades, que

tuvieron mayor gestión y poder de la gente de las comunidades.

El territorio se compone también por su dimensión simbólica, las relaciones sociales, las prácticas culturales donde se reproducen los valores identitarios: es el lugar donde se construyen y ejercen las normas de convivencia. Es también donde los elementos que crean identidad comunitaria adquieren un sentido vital para los pobladores, la lengua, la patria, la región, la comunidad, donde vive la historia, la memoria, y la utopía compartida, el lugar más representativo de identidad, porque es(como dicen los comunitarios) : "Donde enterraron mi ombligo.[50]". Por todas estas condiciones relativas al arraigo personal y a la seguridad individual y colectiva, el territorio es un contexto favorable para la creación de instituciones; en el sentido de que el arraigo comunitario da poder.

> "*Aunque "haiga" problemas, pobreza, rezago; Aquí está el río, el cerro, aquí tengo a mis muertos, en este territorio ya tuve a mis hijos, y ya enterré a los que me mataron; y en este mismo territorio no queremos a las minas que nos van a venir a contaminar el cielo, el agua, y toda* ***nuestra*** *montaña"*
>
> (*Testimonio de participante del taller contra la Minería, Cerro Cuate Iliatenco, Noviembre, 2012.)*

> "*Acá en el Llano Perdido hace muchos años hubo una matanza entre perredistas y priístas, había mucha pelea ya desde antes por los partidos [políticos], hasta que terminó con uno de los comisiarios que era príista y que quería imponer apoyos del campo a su modo, pues...y se armó así la matanza, en la mera comisaría; Y sí, hubo muchos problemas luego: unos se fueron al norte, otros pa Acapulco, yo y mis hermanos decidimos quedarnos a organizar otra vez a la gente, porque es aquí adonde queremos que nos entierren, cerca del río". (Testimonio de participante del taller de masculinidades, Llano Perdido. Metlatónoc, 2012)*

[50] En las comunidades se tiene la costumbre de que al nacer un bebé, se debe enterrar su ombligo como ofrenda simbólica a la madre tierra, pero también como una garantía de arraigo que hará que se vuelva al lugar de origen, como en las CaMI de San Luis, es un ritual frecuente.

A pesar de la problemática, la gente se siente poderosa, cómoda, creativa y saludable[51], capaz de construir instituciones, como espacios de acción que regulan y que propician mecanismos colectivos para que los sujetos sean capaces de confluir en la acción política, civil y social, desde otra lógica ajena al poder occidental (en el que se contempla una justicia individualista que busca más que reparar un daño, vengarse de un individuo), porque el ejercicio del poder es comunal. Desde la ética del "nosotros", repartiendo el poder entre todos los constituyentes del cuerpo político escuchando las decisiones de los pueblos en la Asamblea comunitaria, construyendo presente y futuro de manera conjunta. (Lenkersdorf, 2008)

De ahí entonces, que es en el territorio donde…

> *"se construyen contrapoderes desde las bases capaces de convertir a las comunidades en sujetos políticos capaces para tomar decisiones sobre su vida interna" (López, 2011: 97)*

La figura del municipio en la Montaña, además de incluir la parte geográfica y cultural, tiene un papel jurídico-político que normativiza la vida civil, pero también que reconoce los atributos étnicos, ceremoniales, civiles y económicos de sus pobladores, dentro de la federación. Esto es muy importante porque cuando los pueblos crean sus instancias y gestionan para las comunidades, siempre lo hacen buscando incidir en la máxima ética comunitaria: el beneficio de la colectividad. Esta ética es muy peculiar, porque cuando se ha planteado obtener ventaja se piensa y se hace en colectivo, lo hacen CON la comunidad. Como en el caso de UNISUR, cuando se planteó construir esta universidad en

[51] Saludable en el sentido de que en la cosmovisión indígena el lugar de origen, es un lugar de poder. Por ejemplo, la cosmovisión mixe de Oaxaca, (Díaz, 2007) uno de los elementos que constituyen la comunalidad del pueblo mixe; es en primer lugar la Tierra como madre y como territorio y en esa relación no es que las personas sean dueñas de la tierra, sino que es una relación de mutua pertenencia los demás elementos que constituyen comunalidad son: el consenso en Asamblea para la toma de decisiones, el servicio gratuito como ejercicio de autoridad, el trabajo colectivo, los ritos y ceremonias son parte de esta integralidad en la concepción del mundo.

cierta comunidad, cuando se cabildeó para consultar el lugar óptimo para su construcción, los pueblos siempre pensaban en lo que sería mejor para todas las comunidades.

En ese sentido destaco el papel del sistema de cargos comunitarios, porque es un elemento muy importante en la construcción de autonomía comunitaria, en la medida en que éstos cargos se subsidian con los recursos de la comunidad; es decir que la persona que resulta electa por la Asamblea Comunitaria para algún cargo, deberá subsidiar por sus propios medios los gastos que esto genere mientras dure su función pública. Así mismo, las obras públicas que se requieren en la comunidad, se hacen colectivamente, mediante tequio y cooperaciones conjuntas. Pese a las condiciones de extrema pobreza de las familias de la región y la dificultad que este ejercicio implica, se convierte en un punto clave en la construcción de la autonomía comunitaria, porque no dependen del financiamiento estatal y esto les da un rango de acción mucho más amplio en la forma en que invierten el dinero del pueblo, en las exigencias al Estado y en las decisiones comunales.

De este modo, la gente se apropia del control del municipio y de la comisaría como espacios de poder vía las asambleas comunitarias o a través de los Consejos de Ancianos que deliberan de manera conjunta como se administran estos espacios, ganando así las administraciones locales, los cabildos y los gobiernos indios que desde las comunidades interpelan al Estado, exigiendo en los hechos que se les considere como gobiernos indios y desde ahí van construyendo un Estado plural y diverso más fuerte que incluya a todos los pueblos indios.

Otra etapa que vivió el territorio fue cuando los partidos políticos eran un instrumento para adueñarse del municipio y sus cargos. Con lo que de esa manera hacían válidas las demandas agrarias; sin embargo, dada la cooptación de ciertos líderes, los partidos

políticos dejaron de ser el medio, y perdieron la credibilidad por sus acciones individualistas y amorales. (Zibechi, 2008)

Esto coadyuvó a que las comunidades decidieran tomar decisiones sobre su comunidad de manera directa, a través de las Asambleas, buscando otras formas de interpelar al Estado para hacer valer sus derechos. Esto es una muestra de cómo se fue dando este intercambio de poder en la correlación de fuerzas con el Estado.

Integrando el concepto de Bienestar comunitario, que en contraposición con las insitituciones, se ha ido construyendo la salud como una posibilidad creadora de los pueblos y de las comunidades desde su cosmovisión en salud, particularmente con esa ética de ver a los otros/otras como hermanos. Por ejemplo en el caso de la región Costa-Montaña, que por la presencia de la CRAC-PC, es conocido como territorio comunitario, la salud se concibe a partir de impedir que llegue la Minería a Cielo abierto, puesto que aunque traiga "progreso" entendido como desarrollo de infraestructura civil, mejores caminos, y mayor flujo económico para la región; la Minería acabaría con el suelo, con la vegetación, con el agua limpia y dulce que nutre los brazos del Río San Luis, con los animales silvestres (que aún existe una enorme variedad de felinos silvestres, como los pumas, las onzas y los jaguares, especies de venados que están en peligro de extinción, muchas aves exóticas, y gran variedad de especies de mamíferos y roedores, además de la vasta gama de plantas medicinales que viven en la región) Eso es para ellos el buen vivir, que es distinto a lo que puede ser "bueno" desde occidente y las prácticas higienistas. O como lo define la promotora de salud Asunción Ponce[52]:

> "*que estemos en armonía con la madre tierra para poder hacer nuestras costumbres -rituales- (que son desde hacer el sacrificio de algún animal y ofrendar la sangre a la madre tierra, enterrar el ombligo de un recién nacido o bien ofrendar gotas de licor antes de beber alcohol), porque ella es la que nos*

[52] Entrevista a la Sra. Asunción Ponce Ramos, realizada en 2011, cuando ella era coordinadora de la Casa de Justicia de San Luis Acatlán Guerrero, ella era la responsable de la Comisión de salud y explica la importancia de la medicina ritual para organizar a las comunidades y su enorme peso en el imaginario colectivo y en tejido social comunitario.

nutre y nos da la vida y las plantas que nos dan de comer, si, por eso hay que honrarla, defenderla, lo mismo que al agua y a todos [los elementos naturales]"

2.6.1.- Prácticas de instituciones del gobierno federal que hacen promoción de la salud.

La Promoción de la salud institucional, se caracteriza por la focalización de programas y de servicios, que buscan paliar la problemática en salud de la región. (Berrio, 2013)
Durante el tiempo que realicé esta investigación en Guerrero, los programas destinados a la región eran en los años de 2011-2012 que inició esta investigación se aplicaba la Estrategia de Prevención y Promoción de la salud; que se incluía en el Paquete Garantizado del Programa: *Promoción de la Salud hacia una Nueva Cultura*, como parte del Programa Seguro Popular, estableciendo desde el año 2008 un Sistema de Cartillas de Salud Unificada. Con la intención de promover una cultura de la salud y al autocuidado (Secretaría de Salud, 2007) describe una serie de acciones en su Programa Sectorial de Salud para todo el país, donde se incluyen las siguientes acciones: propiciar entre la población general la adopción de hábitos, costumbres, actitudes y prácticas para proteger y conservar la salud.

Estas acciones se dividieron en etapas vitales, desde el nacimiento hasta la etapa de adulto mayor, creando cuatro cartillas: La Cartilla Nacional de Vacunación, dirigida a niñas/niños y adolescentes; la Cartilla Nacional de la Mujer y del Hombre (20-59 años); la Cartilla Nacional del Adulto Mayor, y la del Adolescente (de 10 a 19 años), que en teoría toda persona afiliada al Seguro Popular debería tener para controlar acciones de vacunación, capacitación, orientación, detecciones, salud-bucal, así como salud sexual y reproductiva. (Flores, 2010)

ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD INCLUIDAS EN EL PROGRAMA LINEA DE VIDA DE LA SECRETARIA DE SALUD.

- Control de peso y talla
- Salud bucodental
- Orientación nutricional
- Exploración física completa
- Verificación de condiciones de parto
- Actividad física
- Capacitación en cuidados del niño
- Consejería de salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos
- Evaluación del estado nutricio
- Entrega y actualización de Cartillas Nacionales de Salud
- Información sobre cáncer cérvico-uterino y de mama
- Información sobre planificación familiar
- Orientación sobre climaterio y menopausia
- Orientación en el manejo de infección respiratoria aguda

Respecto al impacto de éste programa en la región, ninguno de éstos objetivos se cumplen porque ésta atención se brinda en el Primer Nivel de Atención y de acuerdo al mapa, observamos que las Unidades Médicas de Primer nivel, no están funcionando por falta de abasto o bien, por no tener personal médico contratado para esos centros.

En el portal de salud electrónico de la Secretaría de Salud de Guerrero, se menciona que de las acciones que se sugieren en este marco de acción se realiza la distribución de Cartillas Nacionales de Salud y se da seguimiento a las acciones del paquete garantizado de los Servicios de Salud. Pero los hospitales de Segundo y Tercer Nivel de Atención no proporcionan estos servicios, mientras que los de Primer Nivel, ni siquiera dan atención, como ya se ha mencionado antes en este trabajo.

La percepción de usuarias de servicio de salud, demuestra que los servicios son insuficientes, negligentes y sin calidad:

> "*Las señoras vienen conmigo porque no tienen dinero pa aliviarse en el hospital, no sólo por lo que les cobran del parto, sino que para llegar, hay que dar muchas vueltas, lo que cobra la "urvan" (camioneta de transporte público) hasta Tlapa, la comida, y luego si se llevan a todos los niños, y llegando allá, que no las quieren atender en el hospital o les hablan en español y las que hablan lengua las tratan con puras groserías...yo les cobro lo que puedan darme, y aunque las más jóvenes le tengan fé al hospital, las suegras prefieren traerme a las nueras y a las hijas, porque en el hospital mucho las maltratan"* Testimonio de Señora Juana, partera de Pueblo Hidalgo.

> "Yo me traje todos mis papeles que me dejaron los de la Brigada[53] que subió a Buenavista a afiliarnos, pero ya que llegamos al hospital, no me los quieren hacer válidos, no sé porque, salió la trabajadora social, y nos dijo que nos esperáramos hasta después de que regresara de comer. Llegamos acá a las 4 de la mañana y tenemos hambre..." *Testimonio de Sra. Azalea, usuaria del hospital de la Madre y el niño Indígenas de Tlapa, procedente de Buenavista, con 4 meses de embarazo, acompañada de dos niños pequeños*

Estos testimonios dan cuenta de que éstos esfuerzos son insuficientes para paliar esta problemática y porque se enfocan a dirigir programas como el de Oportunidades o el Seguro Popular para la población de la región, sin considerar todos los filtros que deberá pasar para que la población tenga acceso real a este recurso a través de las red de servicios tan deficiente con sus políticas excluyentes, y desiguales.

En los trabajos de Berrio (2011; 2013) se describe el divorcio entre las políticas en salud y los intentos aislados de algunos funcionarios locales por hacer valer estos esfuerzos, como en el caso del Seguro Popular, aunque haya muchas personas afiliadas a este, si no existen camas disponibles para hospitalizar a la población, o si existe un anestesiólogo por cada 4 mil personas (INEGI, 2011).

> *"Al Comité de Salud casi no lo convocan para cosas del gobierno, así cursos o talleres, no; no'más cuando vienen los candidatos a tomarse fotos, un día vinieron del periódico de la ciudad, luego de los desastres del huracán 'quesque' para darnos medicinas y anduvo una camioneta del gobierno voceando para que todos "jueramos" a tomarnos la foto con el Secretario de Salud, a Malinaltepec, después del evento, se llevaron todas las medicinas y a la casa de salud de aquí no le quedó nada, ni una silla, oiga". Promotor Martiniano de Vista Hermosa.*

Pero sobre todo, en Guerrero es muy tangible la diferencia entre la simple afiliación en documentos y el acceso real a la atención en salud, como en el caso de las instituciones estatales como DIF, Secretaría de Salud (con los programas de Cruzada contra el Hambre, Oportunidades, o Arranque Parejo en la Vida) que buscan difundir acciones higienistas a través de campañas preventivas, como la campaña contra el dengue, pero a través de promover un estilo de vida individualista[54], en la parte de la Costa, ignorando las políticas comunitarias que desde hace mucho abordan los conflictos sociales de manera

[53] Para la población eso es un acto extraordinario porque este ejercicio nunca antes se había dado. La diferencia es que estas ostentosas brigadas nunca dieron atención real, sino que sólo fueron a afiliar a la población en cuestión de trámites.

[54] Incluso existe un comercial de radio, que es muy popular en la radio local, donde invitan a cada familia a mantener limpio su patio, a usar mosquiteros y a que de manera individual, se deshagan de la basura que puede ser foco de infecciones, dejando de lado los tequios comunitarios, donde frecuentemente se hacen esas jornadas colectivas de descacharrización (retirar cacharros y cosas inservibles) y de obra pública conjunta entre comunidades.

conjunta a través de Asambleas y de Tequios (jornadas conjuntas de trabajo comunitario) Esta visión hegemónica reproduce, la condición jerárquica de la ciencia occidental con sesgos epistémicos que niegan el saber popular comunitario y que únicamente otorga validez a los conocimientos en Salud Pública producidos en el marco del positivismo bio-médico. Lo preocupante de ésta situación, es que con estos sesgos se construyen políticas públicas totalmente ajenas a la vida orgánica de la región y que son muy ajenas a sus formas tradicionales de resolver y abordar los problemas de salud colectiva. Pero sobre todo, buscan preservar la construcción de la subordinación en salud.

En la imagen que mostraré a continuación se muestra la reproducción de esta ideología individualista. Esta foto fue tomada en la carretera Tlapa-Marquelia:

2.7.- Conclusiones del capítulo

Este capítulo describe el contexto de la Costa-Montaña guerrerense a partir de explicar el perfil epidemiológico regional y la infraestructura de salud con la que se cuenta en esa parte del país, que se caracteriza por la ausencia de una política sanitaria digna. Esta necesidad básica no satisfecha tan importante como es el Derecho a la Salud, ha sido un detonante significativo para que las comunidades emprendieran acciones autonómicas en salud en la Costa- Montaña. En el apartado 2.4 que habla de actores políticos y sociales construyendo autonomía, así como en el 2.5 que aborda la historia de la región luchando por su territorio, se busca responder la pregunta de investigación: ¿Cómo influye la organización comunitaria en la búsqueda ciudadana por hacer valer el derecho a la salud?, puesto que explico cómo a través de las formas ancestrales de gobierno comunitario se

dan relaciones más plurales y democráticas que impactan la construcción de ciudadanía y de capacidad de agencia de la población. Del mismo modo, el tejido social que pese a los embates políticos se mantiene en la región, va aminorando los conflictos comunitarios de violencia y alcoholismo; así como los efectos de prácticas de instituciones de gobierno federal que fomentan enfoques individualistas y pragmáticos y que ignoran la determinación social.

La manera en que la gente de la Costa-Montaña, hace prevención en salud, construye un proceso contra-hegemónico porque se conciencian de la enorme brecha existente entre lo que se debería tener y lo que en realidad tienen, de éste modo, deciden hacerse cargo de esta necesidad, adueñándose de sus procesos comunitarios de salud, de su territorio, de su cultura y del derecho a proteger su salud.

CAPÍTULO 3: LAS PROMOTORÍAS EN SALUD DE LA REGIÓN COMO AGENTES SOCIALES

La intención de este capítulo es describir las prácticas de Promoción de la Salud en la región y mostrar cómo se convierten en agentes sociales.

3.1.-Elementos de análisis de la práctica de las promotorías

Estas promotorías son las que han fomentado la organización y la participación social en las comunidades, durante un proceso más largo de tiempo y por su origen han tenido mayor cobijo y aceptación en la región Costa-Montaña de Guerrero. Por ello, visibilizo los siguientes elementos que considero necesarios para describir la práctica de las promotorías de salud:

Cuadro 15: Elementos de la práctica de Promoción de Salud.

¿Cómo surge el grupo?	ORIGEN E HISTORIA
¿Cuál es el objetivo de estas promotorías?	META
Contenidos de la capacitación:	CONTENIDOS Y ENFOQUES DE LA P.S.
¿Qué tipo de práctica utilizan?	ORIENTACION DE LA PRÁCTICA (Vinculada con el cuadro de enfoques de la PS.)
Metodología de Promoción de la salud o de Educación para la salud	ENFOQUES PEDAGÓGICOS Y FINES DE LA P.S
Técnicas de participación comunitaria	PRACTICAS DETONADORAS DE ACCIONES COLECTIVAS

3.2.- *Yo me convertí en promotora cuando*...

Esta reveladora frase se convirtió en el preámbulo para que las promotoras abrieran la ventana de su memoria y corazón para compartir sus historias; entre comales, ropa jabonosa, asambleas comunitarias y desgrane de mazorcas, me fui nutriendo de las historias de éstas comprometidas mujeres que luchando contra el patriarcado, y la opresión racial fueron capacitándose para mejorar las condiciones de sus pueblos a partir de la organización popular. Algunas de éstas historias de vida complementaran éste capítulo porque son parte la historia de la región en la lucha por construir autonomía comunitaria en el área de la salud, e irán completando mis notas de campo para hablar de la práctica de éstas. Quiero destacar que todas éstas promotorías han surgido buscando autogestión en salud, sin intervención del Estado, no porque ellas decidan excluir al Estado, sino porque el Estado las excluyes a ellas de los procesos de salud-enfermedad-atención.

En ese sentido, también es importante destacar estos procesos organizativos y su influencia en la construcción de autonomía comunitaria, entendida como la capacidad de iniciar una acción, la capacidad de formular propósitos y estrategias, e intentar ponerlas en acción, destacando algunos elementos importantes para llegar a construirla. Para Boltvinik (2005) la autonomía crítica (Doyal y Gough, 1994) además de nutrirse del acceso al conocimiento de otras culturas, se construye con los siguientes elementos:

> "*el nivel de entendimiento de nosotros mismos, de nuestra cultura y de lo que se espera de ellas; la capacidad psicológica de formular opciones para uno mismo (su salud mental) y las oportunidades objetivas de actuar en consecuencia y la libertad implicada en ello*".

Este conocimiento de ellas y del contexto puede cambiar las condiciones existentes a través de la participación responsable en procesos colectivos de salud, vinculando la autorrealización con la seguridad colectiva. Y destaco estos elementos porque a través de los procesos tanto personales como comunitarios que han vivido cada una de las Promotoras referidas en estos capítulos, han tenido que confrontar las tensiones de la coexistencia de estos elementos con su praxis en salud de una manera creativa e innovadora, como lo describiré a continuación.

3.2.1.- Promotoría de la Comisión de Salud de la CRAC-PC.

¿Cómo surge el grupo?: Como parte de la respuesta social ante tanta mortalidad en la región y las políticas públicas en salud aunadas a la inexistencia de infraestructura en salud.

En 2010 llego un equipo de investigación del INAH a colaborar con la Policía Comunitaria y se hace un llamando a las comisiones ya existentes y a los Coordinadores para trabajar el tema de salud, así se abre la convocatoria a algunas promotoras de justicia y promotoras de salud de otras instituciones comunitarias, como las de la Iglesia de Santa Cruz del Rincón, las de Kinal-Antzetik y de UNISUR a hacer una red de promotorías y a capacitarse con el proyecto que propuso el Dr. Paul Hersch y la Dra. Lilián González; ellos junto con la Dra. Catalina Sedano, del proyecto actores sociales de la Flora Medicinal en México, del Instituto Nacional de Antropología e Historia, de Morelos, comienzan a hacer un diagnóstico de necesidades en la región y convocan a las promotoras de la región y a las instituciones regionales a trabajar el tema de salud, desde el enfoque de epidemiología socio-cultural. Por su parte en la región ya existían grupos como el de sanadores tradicionales "Tana Xana" en la comunidad tlapaneca de Pueblo Hidalgo y algunos esfuerzos aislados de trabajar el tema de la salud. Ante la complejidad política y étnica de la región el equipo trabaja más en la región de Espino Blanco y de San Luis Acatlán. En el grupo de las comunidades están las promotoras de salud: Bernarda Macedonio de Pueblo Hidalgo y Asunción Ponce, quién también fungía como coordinadora de la CRAC-PC. La mayoría de los participantes de la región son mujeres, sólo hay un partero y un promotor de salud. Buscan capacitar a bases de la Policía Comunitaria como agentes de salud comunitaria, potenciando la práctica de la medicina tradicional y difusión de la herbolaria.

¿Cuál es el objetivo de estas promotorías? La iniciativa pretende fomentar la construcción de una red de "farmacias verdes" en la región. Buscando rescatar los saberes locales, involucrando saberes de farmacia galénica (jarabes y pomadas) A partir de esto concienciar a la población sobre los riesgos en la salud y el equilibrio de la región que representa el asentamiento de la minería a cielo abierto en la región, retomar la importancia social de la medicina ritual como un elemento antropológico que aglutina a las comunidades.

Contenidos de la capacitación: Básicamente son temas de salud. Atención básica, galénica, violencia intrafamiliar, saneamiento preventivo ante el dengue, amenazas ambientales en el caso de la minería y los efectos de esta en la salud.

¿Cómo las capacitan?: A partir de éstas iniciativas inician las reuniones para capacitarse mutuamente en la forma en que las promotoras dan atención a sus comunidades. Las capacitaciones pretenden ser dialógicas y bidireccionales, porque por una parte el equipo del INAH, les capacita en técnicas de medicina galénica y las promotoras indígenas buscan compartir sus saberes tradicionales. Se realizan talleres con las promotoras y con algunos otros actores. Para conocer la manera en que ellos resuelven el proceso de salud-enfermedad-atención, desde una perspectiva antropológica. Este proyecto forma parte del programa Actores Sociales de las Plantas Medicinales del Instituto Nacional de Antropología e Historia y su reflexión está más enfocada a revisar los efectos de la herbolaria en las enfermedades, pero también en atender los síndromes de filiación cultural. Para los talleres buscan fomentar el proceso dialógico y algunas técnicas de participación popular como: la técnica del análisis de la realidad llamada: "árbol social" aplicada a la salud y otras de corte participativo que ayuden en la búsqueda de un modelo de atención del proceso salud-enfermedad-atención surgido de la comunidad; mismo que busca construir un intercambio de saberes, de prácticas y enfoques del conocimiento entre las diferentes culturas.

¿Qué tipo de práctica utilizan?: Algunas de las técnicas empleadas para impartir la capacitación son: talleres, exposiciones, caminata botánica, uso de cuadernos mini-herbarios, proyecciones, foros y discusiones colectivos.

Metodología de Promoción de la salud o de Educación para la salud: El proyecto es sobre Educación sanitaria de corte participativo. La comisión de salud busca construir plataformas de interlocución con instancias de salud municipales y del gobierno federal.
Técnicas de participación comunitaria: Análisis de la realidad, metodologías participativas de investigación-acción. Y las que faciliten el diálogo de saberes entre las culturas, sobre todo en lo referente a medicina tradicional.

Elementos pedagógicos relevantes: El diálogo de saberes busca fomentar el reconocimiento entre pares, así como la apropiación del conocimiento local para construir el conocimiento experto; busca crear conciencia entre los destinatarios de la capacitación

así como en los beneficiarios de ésta capacitación; en este caso, las comunidades. Fomenta la abogacía en grupos con problemática común.

3.2.2.- La historia de Doña Asunción Ponce Ramos

Doña Chonita, como todos la conocían en San Luis Acatlán, ejercía el cargo de Coordinadora de la casa de justicia de San Luis Acatlán desde el año 2010 hasta febrero de 2013 y al mismo tiempo era encargada de la comisión salud. Fui presentada con ella por el asesor jurídico de la CRAC-PC y la secretaria Adriana Domínguez desde el inicio de mi trabajo de campo. Mientras trabajé con ella, Doña Asunción siempre fue una mujer muy afable, respetuosa y muy trabajadora, aunque siempre muy recargada emocionalmente por las presiones de su cargo. Me costó mucho trabajo concluir esta investigación con ella por las múltiples actividades que siempre realizaba, desde mis primeras visitas a la casa de justicia prácticamente tenía que seguirla a distintas tareas y viajar con ella a diferentes comunidades.

Ella nació en la comunidad mixteca Cuanacaxtitlán, el 15 de agosto de 1950. Desde muy joven tenía ideas de participación comunitaria y de independencia femenina, respecto al matrimonio, por todas las historias cercanas a su persona. En ese sentido, ella vivió mucha discriminación porque primero habló español y después mixteco. Y por esa razón fue discriminada en su comunidad, así como por su descendencia afromexicana. A Doña Asunción como a la gran mayoría de las mujeres indígenas de la región intentaron casarla desde muy joven, esta costumbre es una constante como lo narran Asunción y más adelante Apolonia Plácido; éste tema de pedimento, es todo un suceso porque es una distinción de honor que hacen a las mujeres “dignas” para desposarlas.[55]

> *“Mira manita, aquí a todas nos casan desde muy chiquillas, desde los 13 años se acostumbra que vengan a pedirte el marido, para “salir bien” de la casa de tus padres, a mí desde los 18 años el que es mi marido me habló para venir a pedirme”*

Por ese motivo se fue a trabajar como empleada doméstica a Acapulco, donde trabajó en la casa de un médico, donde aprendió a inyectar y a hacer canalizaciones, habilidades que le sirvieron posteriormente para trabajar y para participar en cargos comunitarios, como los

[55] Desde la cosmovisión patriarcal, que discrimina a las mujeres por ser castas sexualmente y desde ahí se genera todo un aparato opresor de control del cuerpo y la sexualidad femenina.

que posteriormente describiré. En una visita a su comunidad, su padre que ejercía cargo comunitario, la presionaba para casarse con su actual esposo, Alberto, con quien procreó 3 hijos (2 hijos y una hija).

Desde 1999 Doña Asunción participa en la región organizando a las comunidades, iniciando sus funciones como presidenta de la legión de la Virgen María haciendo labor de rezandera y acompañante en procesos difíciles para las familias. Posteriormente, ella fue electa en 1999, como delegada ante el Fondo Regional Indígena de Ometepec, en éste rol, ella era comisionada de visitar a la gente que solicitaba ganado. Durante ese mismo año, fue electa como promotora de un programa social, llamado Progresa (el precedente del Programa Oportunidades). En esa etapa tuvo tres cargos públicos que le absorbían mucho tiempo y que le empezaron a generar muchos problemas con su esposo, por el abandono a sus roles domésticos y su aparición en la vida comunitaria. Esto cambió su vida por completo:

> *"No fue nada fácil, manita, antes hasta miedo me daba hablar en público, me temblaba la voz..."*

Llevándola a convertirse en un importante referente de protagonismo femenino, Hasta el año 2002, donde seguía fungiendo como parte del comité de Progresa, que ya para entonces se denominó Oportunidades y siguió dando ese servicio a sus comunidades. En el año 2005, la Secretaría de Salud convoca a personal médico a un curso de primeros auxilios y ella solicita el acceso, aunque con recelos le ponen muchas trabas, permitiéndole finalmente el acceso a éste curso. Un elemento que le facilitó mucho su permanencia en dicho taller, fue el bilingüismo; sin que la institución lo planeara Doña Asunción resultó ser una traductora muy significativa; (porque como es recurrente, en las capacitaciones de instancias federales no tienen planeado el papel del traductor). Finalmente concluyó este curso como promotora, pese a todas las dificultades que tuvo en el ámbito doméstico por transgredir el rol tradicional, como en lo público de discriminación del personal de salud, por considerarla de edad avanzada.

> *"El promotor de salud invitó no'más a los jóvenes...no a las personas mayores... (...) El curso me interesaba mucho, nos enseñaban con una obra de teatro, quien era el paciente, quien era el doctor...y así nos iban enseñando varias cosas, me gustaba mucho...El curso duró 5 meses, la doctora daba el curso (....) y si nos regañaba, porque nos dejaba tareas y a los que no ponían atención. Pero si tuvo mucho interés porque ahí la acompañaba la presidenta del DIF, ahí se hacía el curso en la Casa Ejidal" (Promotora Asunción Ponce)*

Después de éste curso obtuvo el reconocimiento de la gente para ser promotora de salud. Ese reconocimiento público le valió para que la invitar a se parte del Comité de salud de San Luis, donde su activa participación como vocal, le ayudó a ser protagonista de relevantes acciones de exigibilidad en su región. Quiero destacar que como parte de este proceso, se empiezan a gestionar políticas en salud que empiezan a denunciar el grave problema de la muerte materna.

En las organizaciones de mujeres que emergen de la Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas se empieza a denunciar el tema de la salud de las mujeres y la discriminación de la que son objeto de manera más dolosa las mujeres indígenas. En ese sentido, la presencia de Kinal Antzetik en la región ya era fuerte, por las actividades de la CONAMI (Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas) y es así como Kinal Antzetik DF, que había adquirido la donación de una Unidad Móvil se vincula con las acciones que ya se empiezan a gestar en la región, para paliar la elevada prevalencia de Muerte Materna en San Luis, que para entonces, era el municipio que tenía el primer lugar en los índices de éste problema. los trabajos de prevención de muerte materna. En este mismo año, junto con otras organizaciones de mujeres, se abre la convocatoria para participar en el Primer Foro Nacional: Prevención de Muertes Maternas en México: ¿y las mujeres indígenas? Realizado en Salud en San Luis Acatlán, con la finalidad de denunciar toda esta problemática de salud y adónde Doña Asunción vinculada con comisarios, movilizó a muchas personas de su comunidad y de Yoloxóchitl. Junto con las organizaciones de mujeres, donde aparece en escena la fundadora de Kinal Antzetik, Nellys Palomo, activista contra la muerte materna en la región, Lina Berrio (actual coordinadora de esta organización en Distrito Federal) y otras lideresas de la CONAMI (Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas).

En los trabajos del foro, la población interpela a los funcionarios del gobierno federal en el área de salud y a algunos diputados federales presentes, sobre la grave problemática de muerte materno-infantil, y las políticas de salud tan excluyentes para la región. Para ese foro fue invitado el Secetario de Salud del Guerrero, Rodrigo Barrera quien no tuvo reparo en rechazar la invitación y en demostrar su escaso interés a este tipo de esfuerzos de la ciudadanía. (Habana, 2005)

En el foro, Doña Asunción participó denunciando casos graves de abandono:

"Acá la gente se nos enferma, se nos enferma, y se nos enferma a cada rato, las mujeres se nos mueren, porque no hay doctores, no han hospitales, ni caminos para llevarlas al hospital, se nos mueren en el camino, principalmente por falta de dinero, pues(...)y por otras razones porque los esposos que tienen "celo" y no quieren que otros hombres atiendan a sus mujeres, (...) pero siempre las mujeres se terminan muriendo por dar a luz"

Este escaso interés de las autoridades, indignó mucho a Doña Asunción y a los habitantes de la región, creando sus propias instancias organizativas, desde iniciativas de la población. Entretanto, ella seguía haciendo el papel de promotora de salud como un cargo honorario, la gente solicitaba sus servicios sin recibir pago alguno;

"no, no me pagaban un quinto, pero yo me sentía tan agradecida de que me hubieran permitido aprender, estaba así contenta, por eso realizaba el servicio gratuito"

A partir del foro, la gente empieza a reconocerla y a confiar más en ella como promotora de salud y la nombran Promotora a nivel municipal, durante la gestión de Genaro Vásquez Solís (hijo del profesor Genaro Vásquez Rojas) de filiación perredista, quien desde el partido buscaba crear base social en la región a través de proponer una estrategia de salud comunitaria, que pretendía ser incluyente, así invitó a crear estos Comités de Salud en la región, en los que participó Doña Asunción, quien empieza a tener reconocimiento comunitario y de instancias del gobierno para realizar ésta labor, siendo invitada a otros foros y actividades donde es protagonista. Para éste momento, empieza a tener un proceso distinto en su relación de pareja que empieza a cambiar el "deber ser" de una mujer, en su relación y recibe apoyo de su esposo, Alberto, quien la motiva y la acompaña en los cargos que va desempeñando y que a su vez, va impactando en el imaginario colectivo de las mujeres y hombres del territorio comunitario.

Doña Asunción se convierte en una destacada activista contra la muerte materna en la región, participando desde entonces con la organización Kinal Antzetik, este cargo le permitió tener ingresos económicos y hasta viajar sola en avión. [56]

Desde 2008 hasta 2010 ella sigue colaborando como promotora de salud de Kinal Antzetik en diferentes comunidades, fue aprendiendo muchas habilidades, desde cabildear con funcionarios, hasta capacitar a parteras en cuestiones técnicas en mixteco y en tlapaneco,

[56] En uno de los viajes en que la acompañé a Yoloxóchitl a conseguir un huipil, ella me narró con mucho orgullo como fue una vez que viajó con Kinal-Antzetik a Chiapas, y que tuvo que dejar su comunidad, subirse a un avión ella sola.

labor que es sumamente complicada, porque no es fácil compartir estos conocimientos tradicionales, y la labor extra en comprenderlos y hacer el esfuerzo por traducirlos además al idioma tlapaneco que ella no domina.

En 2009 Doña Asunción recibe una medalla al mérito civil, por su labor como promotora de salud. Este hecho la llena de satisfacción, porque pese a todas las adversidades, e incluso algunas ingratitudes de sus paisanos, le hace cuestionarse si el camino que ha seguido de trabajo comunitario vale la pena. Hasta que en 2010, en una Asamblea Comunitaria, Doña Asunción es propuesta como consejera de la CRAC-PC. Hecho que la sorprende, por la importancia de ésta labor, y por la trascendencia de ésta actividad para la vida comunitaria. Ella comenta que este cargo la impactó y la enorgulleció mucho, aunque constituyó un reto importante para ella, por ser mujer y los roles que la comunidad venía imponiendo para las mujeres. Aunque su padre había ejercido cargo cuando ella era pequeña y aprendió mucho de su manera de hacer justicia, no esperaba que la fueran a elegir a ella por ser mujer.

La historia de Doña Asunción se cruza con las dos organizaciones porque después se convierten en dos instituciones comunitarias de salud, independientes, con distintos fines y organizaciones propias, pero que impactan la construcción de exigibilidad comunitaria, y la búsqueda de autonomía de las comunidades, en las políticas de salud que van dando dirección a lo que las comunidades buscan construir.

Otro aspecto que quiero destacar de la señora Asunción es la ecuanimidad de su persona, ante algunos casos, que resultaban sumamente estresantes, como cuando la policía municipal aprehende a las autoridades comunitarias por un supuesto caso de secuestro a una persona que estaba en reeducación con la CRAC-PC. O en el caso de los narcotráficantes de Buenavista, que buscaban amedrentar al proyecto de la CRAC-PC. que había llevado a unos hombres a reeducación por venta de drogas. En el tiempo de esta investigación que compartí con Ana Arteaga, la Sra. Asunción constantemente nos refería padecer “tristeza en su corazón” (depresión), constantemente tenía estrés, y altos niveles de angustia, pese a ser promotora de salud.

La historia de las Promotoras es distinta a los procesos organizativos de las promotorías de Salud, las experiencias y vivencias de ellas, son distintas en el proceso formativo.
Aunque las primeras dan cuerpo a las segundas, existen distintas concepciones culturales

o políticas y opiniones individuales que pueden contraponerse en el manejo y abordaje de determinado problema; sin embargo, la unión de estas categorías y su relación en constante movimiento, explica y configura la práctica de la Promoción de la Salud, misma que es reflejo de esta unión en las acciones colectivas que se realizan en este territorio.

Ilustración 1: Promotora
Asunción Ponce Ramos en la casa de justicia de la CRAC-PC Foto: Karla B.

Otro elemento que cruza todas estas historias, es el papel de las mujeres en la reproducción social, y los roles a los que el territorio había sometido a las mujeres, el confinamiento a espacios domésticos, y las rupturas que ellas tuvieron que hacer para ejercer todas estas funciones comunitarias. Porque como lo afirma Canabal (2001) en la reproducción social de la montaña, si bien es cierto que existen relaciones de resistencia y de colaboración, pero también de dominación; en ese sentido, las mujeres han vivido esta condición históricamente (Sierra, 2010; Canabal, 2001; Espinoza, 2010)

Las tres promotoras que integran este apartado, y que narran sus experiencias: Asunción Ponce, Apolonia Plácido y Bernarda Macedonio, tuvieron que luchar mucho con el imaginario patriarcal de las comunidades esta ideología reproducida en personajes masculinos y femeninos que en todo momento reprobaban actos como salir a la comunidad, “dejar su hogar” y que las mujeres participaran del ámbito público. En la mayoría de los relatos se percibe este hecho, el cual puede tiene un carácter

contradictorio, como lo ha analizado repetidamente Teresa Sierra (2010) en sus investigaciones en el sentido de cuestionarse, ¿si en un proyecto autonómico se busca la emancipación, por qué se sigue reproduciendo esta condición de opresión hacia las mujeres? Interesante reflexión que se verá cuestionada en el proceso pedagógico de las promotoras de salud en la búsqueda por satisfacer su necesidad de autonomía y que se analizará a profundidad en el capítulo tres.

3.2.3.- Kinal Antzetik (Tierra de mujeres) -tzeltal-

¿Cómo surge? Kinal Antzetik, es la promotoría de Salud que tiene una historia más larga, porque lleva más de quince años trabajando en la región. Es una organización sin fines de lucro, que empieza a trabajar en Chiapas, en 1991; pero que se constituye legalmente hasta el año de 1995, acompañando a una red de mujeres que comercializaban artesanías, capacitando y dando acompañamiento psicosocial, así como haciendo labor con las artesanas tzoltziles, Posterior al levantamiento zapatista, en 1994 esta organización se divide, y algunas se constituyen como asociación civil, en 1995, convirtiéndose así en una organización no gubernamental que se dedica a dar capacitación, formación, liderazgo femenino y organización política con un enfoque de Derechos Sexuales y reproductivos.

¿Cómo se financian?- Kinal Antzetik ha buscado financiamiento para mantener su labor en la región, desde convocatorias locales con instancias de Desarrollo Social Gubernamental: como Instituto Nacional de Desarrollo Social, Comisión Nacional para el Desarrollo de Pueblos Indios, o de organizaciones no gubernamentales como Semillas, hasta el nivel internacional de fondeadoras que trabajan en Latinoamérica como la Fundación Mac-Arthur, Iglesia Anglicana, Mamá Cash, Pfizer y a nivel nacional Semillas, las cuales les han dado recursos económicos para sensibilizar a la población sobre la gravedad de la problemática de la Muerte Materna en México, y los Derechos Sexuales y reproductivos de las mujeres.

Kinal ha trabajado en tres estados del país que se caracterizan por tener los índices más elevados de mortalidad de mujeres indígenas por falta de atención adecuada durante la gestación y el parto; como lo son: Chiapas, Oaxaca y Guerrero, además de coadyuvar en en la instalación de las CAMIS en otros estados del país como: Zongolica en Veracruz, San Quintín en Baja California, Etchajoa en Sonora, Siho en Yucatán, y la Casa de Ometepec en Guerrero.

Actualmente Kinal Antzetik tiene oficinas en los estados de Guerrero y Chiapas

***¿Cómo llegaron a la región?**:* A partir del movimiento de los movimientos indígenas del Consejo Guerrerense 500 años de Resistencia Indígena, Negra y Popular, así como el de la Asamblea Nacional Indígena y Popular por la Autonomía y la Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas, que entre 1990 y 1997 empiezan a empujar importantes liderazgos femeninos en la región, reivindicando las demandas de los pueblos indígenas.

De este movimiento regional surgen importantes liderazgos femeninos en todo el estado de Guerrero, de esta tradición organizativa devienen los liderazgos de: Martha Sánchez Néstor, Hermelinda Tiburcio Cayetano, Brígida Chautla Ramos, Ubali Guerrero González, Estela Pineda Navarrete, Delfina Benito Lucrecio, Enemesia Morales Pablo, Libni Dircio Chautla, Felicitas Martínez Solano, [57]. Este movimiento detona la participación colectiva en demandase los pueblos indígenas como la salud, comenzando con el informe de Gisela Espinosa, sobre 213 voces contra la muerte materna, que detona la creación de un Modelo de Intervención contra la muerte materna, que es el antecedente de las Casas de la Mujer Indígena, y que posteriormente en 2002 incide en la conformación de redes de promotoras de salud contra la muerte materna, aglutinando a mujeres amuzgas y mixtecas de Xochistlahuaca, San Luis Acatlán y Tlacochistlahuaca.

Kinal Antzetik A. C. Se funda en 1995, con sede en el Distrito Federal; sin embargo con el apoyo de su fundadora, la activista Nellys Palomo Sánchez, varias activistas guerrerenses deciden constituirse legalmente en Guerrero como Asociación Civil en el año 2009, para con formarse como Kinal Antzetik Guerrero A. C. impactando en su labora a los municipios de Tlacoachistlahuaca, Xochistlahuaca, Ometepec, Igualapa, San Luis Acatlán, Metlatónoc y Cochoapa el grande. Formándose así un equipo operativo específico para las gestiones de la organización en Guerrero, que se articula con Kinal Antzetik, Distrito Federal.

¿Cómo las capacitan, contenidos, metodologías? En Kinal Antzetik se imparten diversos temas, con enfoque de género, y desde la visión de Derechos Sexuales y Reproductivos. Los temas de incidencia son: Liderazgo femenino, Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, Prevención de muerte materna a través del fortalecimiento de Redes de partería local, se retoma el interés por el tema del parto vertical, que es algo que las culturas tradicionales practicaban con frecuencia, y que en la gineco-obstericia moderna se acabó por políticas sanitarias. En cuanto a las metodologías son todas de carácter

[57] La Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas, es una organización muy importante de mujeres en la región, que es pionera de movimientos sociales, de la que ya se ha tratado en otras investigaciones, (Espinosa, Dircio y Sánchez, 2010). la cual antecedió a dar posibilidad de existencia actual a estas promotorías, a través del proceso histórico comunitario, del cambio cultural de patrones de feminidad y masculinidad, de la cultura de abogacía y cabildeo comunitario y del proceso de empoderamiento personal y colectivo en la región

popular, haciendo hincapié en el bilingüismo, y en el sincretismo médico que se da cuando las parteras con su práctica ancestral son capacitadas con conocimientos de obstetricia moderna, y con técnicas biomédicas de sanitarismo actuales, utilizan muchos recursos audiovisuales, como la proyección de videos y cápsulas que tratan el tema de salud y estrategias de no-violencia, y la elaboración de materiales que surgen como iniciativas locales. Otra de las tareas relevantes de la organización es la abogacía y gestión de mujeres embarazadas con instancias de salud federales consistentes en canalización y acompañamiento a éstas y sus familiares para garantizar su atención. Al mismo tiempo se promueve la cultura del Buen Trato y acciones de sobrevivencia económica a través del comercio de artesanías textiles elaboradas por las mujeres de la región.

Para la administración de la organización se acordó integrar una mesa directiva integrada por mujeres de la región que tiene distintos cargos y funciones, además de contar con comisiones de trabajo específicas que faciliten la planeación de actividades.

¿Quiénes les capacitan? Existen varios equipos de salud que capacitan a los promotores con éste enfoque intercultural. A nivel federal, existe un equipo que va del Distrito Federal a compartir capacitaciones a la región y que a su vez se vincula con el equipo de San Luis Acatlán que también imparte algunas capacitaciones. La Casa de la Mujer Indígena de San Luis Acatlán cuenta con un médico, el Dr. Jorge García Vásquez quien coordina algunos trabajos de formación, donde conjuntan los saberes tradicionales de las parteras, promoviendo el diálogo entre mixtecas, tlapanecas, amuzgas y mestizas, con algunos elementos de ginecología moderna. Otro elemento es que estos saberes se socializan con la comunidad mediante la Escuela de Promoción Comunitaria Indígena Nellys Palomo que busca la formación entre pares.

Qué tipo de práctica utilizan? Buscan una inclusión intercultural, usando la traducción y métodos bilingües, para transmitir conocimientos de ginecología. Utilizan algunos métodos de educación popular para compartir conocimientos de aparatos y sistemas anatómicos, así como técnicas de partería. Realizan socio-dramas para transmitir estrategias para actuar contra la discriminación machista, y presionar a los esposos para que permitan que las señoras acudan a los talleres o a las revisiones con los médicos o los parteros.

Elementos de metodología de Promoción de la salud o de Educación para la salud. En Kinal Antzetik buscan formas de autogestión garantizando recursos económicos para que las mujeres puedan tener movilidad. Uno de los ejes del apoderamiento femenino es el económico, el cuál es fortalecido a través de redes de comercio de artesanías y productos

elaborados por las promotoras. Otro elemento interesante de esta promotoría es la cultura del Buen Trato que da bases a la construcción de la autonomía individual, que a su vez construye la autonomía comunitaria. Respecto al cuadro de enfoques de la Promoción de la Salud, los agentes que imparten las capacitaciones son personas que conocen la realidad local, pero sobre todo en la intencionalidad se busca integrar a la comunidad, transformando la realidad y respetando las decisiones locales. El conocimientto principal utilizado: es el de las propias promotoras que se sistematiza para el desarrollo de la colectividad.

Elementos pedagógicos relevantes: Una práctica interesante que sólo he visto que realiza Kinal, es la de la evaluación, y la de la auto-evaluación. Dicha práctica ayuda mucho en la planeación y el seguimiento de otros talleres. Otro elemento novedoso de esta organización y que permite la reproducción de contenidos en las comunidades, es la comunicación bilingüe y trilingüe de elementos de Partería, la organización de lo contenidos de aprendizaje, la sistematización

3.2.4.- La historia de Apolonia Plácido Valerio

Para éste apartado quisiera abordar la historia de Apolonia Plácido Valerio y el papel tan importante que ha jugado en la organización de las mujeres de la región y en impulsar el Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, y por ser muy representativa de las condiciones de opresión, de las políticas de exclusión y de marginación de las mujeres de la región, y que pese a esto, ella ha sido una líder muy significativa.

Apolonia Plácido, nace el 9 de febrero de 1973 en la comunidad de Azoyú. Ella como muchas mujeres de la región sólo cursó estudios de nivel primaria en la casa familiar. De 7 hermanos, 4 varones y 3 mujeres; “Apo”, como la llamaban de cariño, fue la menor de las mujeres. Sin embargo, también comenta la presencia en su familia un factor que marcó su historia: la muerte infantil. En su familia fallecieron 4 hermanos pequeños, y el vivir desde muy joven esta situación tan dolorosa, fue algo que la llevó a convertirse en una activista contra la muerte materno-infantil en la región. Ella misma, cuenta que en su persona vivió ésta situación, al fallecer su primer bebé, cuando ella era muy joven, tenía 15 años cuando esto sucedió.

Otro elemento que marcó su historia, fue que una de sus hermanas se fue muy joven a trabajar a Acapulco, éste evento fue muy doloroso para su familia, y por este motivo, sus padres reaccionaron presionando a Apolonia para casarse muy joven y que no sucediera lo

mismo que con su hermana, que se fue de la comunidad como expresión de su inconformidad con esta costumbre de elección paterna de la pareja, provocando un distanciamiento definitivo de su familia que prevalece hasta la actualidad.

El sistema patriarcal en la región justifica muchas prácticas que atentan contra la integridad de las mujeres; en el caso de las mujeres mixtecas, el compromiso matrimonial es un acuerdo entre varones, es decir, se intercambia a la mujer por bienes materiales que tienen un costo muchas veces muy elevado para las condiciones económicas de la región, y en ese sentido el reunir estos bienes, convierte al matrimonio en un contrato de permisividad; de modo que nadie puede intervenir una vez que la mujer es desposada, si su marido la golpea, o no la alimenta, ni los padres de ella pueden interferir, porque el pago (dio dote) por ella, que en las investigaciones de Gisela Espinosa, (2010) se denuncia más bien como venta de mujeres.

A Apolonia la obligan a casarse a los 13 años, con un hombre que le llevaba siete años más que ella, el tenía 20, entonces, con su actual esposo, Eusebio de Aquino. El proceso fue muy complejo porque para los mixtecos el proceso de *pedir a la novia* compromete no sólo el honor de la mujer que está siendo pedida, sino de la familia y de la comunidad entera. De ahí que sea muy complejo negarse a ésta petición.

> "*En la comunidad, digamos que de los ochenta, por ahí, las mujeres no tenían podían tener novio, o sea, elegirlo, sino que el papá, la mamá del hombre te piden porque vas a casarte, el papá o la mamá te dicen: !hija, pues te vas a casar porque te están pidiendo¡. En esa época las mujeres no podían decidir, sino que decidían por ella los papás" (Testimonio a Apolonia Plácido, septiembre de 2013)*

Apolonia fue dada en matrimonio a los 13 años. Etapa en que su cuerpo ni siquiera estaba apto para la reproducción. La promotora profundiza en entrevista que muchas mujeres son tan jóvenes al ser desposadas que muchas ni siquiera han tenido su primera menstruación, razón por lo que es más complicada la gestación en primigenias.

Apolonia creció en medio de mucha pobreza, violencia y discriminación, padeciendo también opresión en la salud, cuando en su primer embarazo padeció el dolor de perder a su primer hijo cuando aún era muy joven. Sin embargo, esta experiencia no amilanó su espíritu emprendedor y ella se dedicó al comercio, a la organización, y al trabajo...

"me gustaba ser muy autónoma, ganar yo mi dinero, siempre me ha gustado

trabajar".

Después de ese embarazo fallido que marcó definitivamente su posterior quehacer comunitario, Apolonia tuvo cuatro hijos más, (tres varones y una mujer). Para mantener a sus hijos, ella se dedicó al comercio, le gustaba cocinar y preparaba comida para la venta:

..."tenía yo mi negocio de pozole, tamales, comida, desde que me casé me gustaba tener yo mi negocio para no depender de mi marido".

Por las condiciones económicas de la región y la idiosincrasia patriarcal, es común que las mujeres no estudien, pero Apolonia tenía muchos deseos de superación y aunque no pudo estudiar, ella deseaba fervientemente que sus hijos si pudieran realizar estudios para salir adelante y que no migraran al norte del país, como la mayoría de los jóvenes de la región. Por esa razón Apolonia se esforzaba mucho en su negocio para poder apoyarlos de manera equitativa tanto a sus hijos varones, como a su hija con recursos para poder iniciar una carrera universitaria.

Apolonia comienza a trabajar como Promotora de salud en su comunidad, y con el tiempo fue involucrando a su familia; sus hermanos Cirino y Bruno fueron fundadores de la Policía Comunitaria en la región y en la comunidad de Buenavista así como pioneros de la organización indígena. Con el tiempo, ellos fundarían otra organización llamada UPOEG, Unión de Pueblos y Organizaciones del Estado de Guerrero, mismo que posteriormente tuvo rupturas con la CRAC-PC. En ese sentido, a diferencia de otras mujeres, la familia no se convierte en un obstáculo para que ella participe, puesto que sus hermanos la incentivan, y en un principio hasta se siente un poco obligada; situación que al interior de su relación de pareja le acarrea algunas tensiones por la oposición de su esposo.

Pese a las tensiones en 2002 fue electa en su comunidad, como vocal del programa OPORTUNIDADES, donde prácticamente inicia su trayectoria como líder comunitaria:

"ahí es donde empecé a apoyar a un mundo de mujeres, porque yo tenía que gestionar ese programa, convocar a las pláticas, ir a hablar en español porque luego su dinero no les llegaba completo, traducirle a la gente, aunque me costó mucho trabajo dejar mi negocio, porque me gustaba y si se necesitaba el dinero para el estudio de mis hijos". (Testimonio de Apolonia Plácido, septiembre 2013)

En 2004 apoyó un diagnóstico sobre educación y violencia familiar, por parte de unos maestros de la Universidad Autónoma Metropolitana, que llegaron a trabajar con la CRAC-PC, y ella colaboró haciendo los diagnósticos, convocando a las reuniones y a las mujeres,

y empieza a detonar procesos comunitarios:

"*ahí me di cuenta que la violencia en la comunidad no era normal*, *por las pláticas que nos daban, y lo que realmente vivíamos en la comunidad". (Testimonio de Apolonia Plácido, mayo 2013)*

A partir de esos diagnósticos para atender la Muerte Materna en México, Apolonia se vincula con los trabajos de Nellys Palomo y otras activistas, y al mismo tiempo con el Comité de salud de San Luis Acatlán.
Posteriormente, en 2005 llegan unas brigadas de la Universidad Nacional Autónoma de México, a participar directamente con la CRAC-PC, en talleres para las mujeres, donde se pone de manifiesto su gran capacidad de convocatoria y facilidad de traducción para apoyar el desarrollo de los programas en beneficio de las comunidades.

En ese mismo año 2005, por esa misma trayectoria de participación que ya tenía, Apolonia es convocada a participar en el ***1° Foro Nacional: Prevención de Muertes Maternas en México: ¿Y las mujeres indígenas?***; donde se va vinculando con mujeres de la región que ya tienen tiempo luchando por los derechos de las mujeres, y se vincula con Nellys Palomo y Lina Berrio, haciendo un importante equipo que empieza a trabajar contra la muerte materna. Este circunstancial encuentro marca su historia, porque desde entonces se sensibiliza y toma una postura política ante las desiguales políticas en salud en la región, asumiendo un protagonismo muy interesante que la convierte en pionera en su región.
Para 2007 la proponen como promotora de la red de parteras y promotoras comunitarias en salud, impulsada por Kinal Antzetik D.F., que luego daría origen a Kinal Guerrero demostrando toda su capacidad organizando a las mujeres, apoyando en la traducción, dando talleres, y ayudando decididamente a que las mujeres de la región tomen conciencia de su papel en esta lucha por asumir un papel distinto al que las habían relegado. Con el equipo de Kinal Antzetik, comienzan a dar capacitaciones y a apoyar liderazgos femeninos en la región de la Costa Grande, pero además recibiendo una remuneración económica por esa labor. Esto le da muchos elementos para sobresalir, invitar a otras mujeres y mantenerse en la organización. Cómo parte de las funciones de Apolonia, tenía que salir del estado y vincularse con otras mujeres y otras organizaciones políticas y de salud, dándole así la posibilidad de pulir su evidente liderazgo, de elevar su autoestima, de tomar

conciencia de las dimensiones de su intervención en la organización del territorio. Este proceso es muy importante, porque abre la puerta a la posibilidad de negociación y de interlocución de las mujeres de las comunidades, que levantan un proyecto autonómico y que se convierten en la base de la organización.

El hecho de salir a otros lugares, hablar con otras mujeres, dialogar con funcionarios, le da acceso a otras realidades, que le dan mayor seguridad y que la hacen considerar que lo que está haciendo es justo y benéfico para su comunidad. Estas certezas la hacen afirmarse más en la construcción de su liderazgo en salud en la región.

En 2010 sale la convocatoria de la Comisión de Desarrollo Indígena para acceder a un financiamiento para construir una Casa de la Mujer Indígena y ese mismo grupo de Kinal Guerrero con las mujeres de la región empiezan a gestionar y organizarse para realizarla en San Luis Acatlán, porque según los datos epidemiológicos y los estudios que ya se habían realizado en la región, este municipio era el que tenía el 1° lugar a nivel nacional de muerte materna en el país. Con éste argumento comenzaron a convocar a reuniones, a construir desde abajo un proyecto de salud para abatir la muerte materna que en esencia es muy paradigmático por la cuestión intercultural (vinculando como iguales a mixtecas, amuzgas, tlapanecas, mestizas), el reconocimiento de que las organizaciones mixtas campesinas no tenían un enfoque de género que velara por las necesidades reales de las mujeres indígenas, y la posibilidad de tener un espacio donde pudieran aprender a curarse entre sí, fueron detonadores para que las mujeres se sumaran a este proyecto. El proceso de organización no fue nada sencillo, por todos elementos, desde los diferentes idiomas, las percepciones culturales, la lucha de poder entre pueblos. El hecho de conseguir la donación del terreno para la construcción, integrar a las parteras en un proyecto común, involucrar a la regidora de salud del municipio, cabildear, convencer a los vecinos, conformar equipo comunitario para la construcción, también implicó mucho trabajo de persuasión con los hombres, con el gobierno local y hasta con los policías comunitarios:

> *"eran reuniones larguísimas, porque teníamos que traducir al mixteco, al tlapaneco y en español, y luego algunos hombres tenían celos y no dejaban a sus señoras que estuvieran en las juntas y las estaban regañando". (Testimonio de Apolonia Plácido)*

Destaco esta actitud, porque el patriarcado con sus valores, han sido obstáculos muy importantes que han detenido actividades, pero al mismo tiempo ha fomentado la creatividad de las promotoras para realizar acciones de resistencia; como una vez comentaba Lina Berrio, directora de Kinal Antzetik D.F., que una de las estrategias que

empezaron a implementar las mujeres como una forma de resistencia ante el machismo de sus compañeros, era la de *"echar montón*" a un hombre; por ejemplo: cuando un esposo no permitía que su esposa acudiera, iban todas hasta la comunidad a visitarlo, convencerlo y platicar todas con el para presionarlo de que la mujer tenía que ir a la reunión o bien que debía recibir atención médica, ya fuera en un hospital o por la partera, insistiendo conjuntamente hasta que el hombre accedía.

Con todos estos elementos en tensión en 2010 se aprueba el presupuesto federal para la construcción de la Casa Mujer Indígena, que deciden llamar Nellys Palomo, en honor a una activista muy estimada en la región, pionera de la lucha contra la mortalidad materna, feminista, impulsora de las mujeres indígenas en América Latina, protagonista de un importante proceso histórico de lucha por el reconocimiento a los derechos de la mujeres indígenas, quien estuvo muy al tanto en todo ese proceso de gestión quien para esa fecha recién había fallecido y en su honor, llamaron así a la Casa de la Mujer Indígena.
En mayo de 2011 se inaugura la CAMI y Apolonia es electa como directora de la misma, después de un largo proceso de organización, lucha y ***resolviendo las cosas como mujeres*****,** en ese sentido quiero destacar una cualidad personal de Apolonia que es su capacidad de diálogo y escucha. En la región algunas mujeres que han asumido cargos de poder se han masculinizado, y su forma de integrar a la comunidad es más parecida a la de los hombres: hablan con insultos, son sarcásticas, o para "aguantar a los hombres" los feminizan e incluso los ridiculizan. En el caso de Apolonia su forma de gestionar, es desde la persuasión y el respeto, incluso en encuentros con mujeres externas, académicas o de otras organizaciones que tienen otra forma de ejercer el poder, ella se distingue por ser sumamente deferente y cortés, a pesar de haber vivido mucha discriminación tanto de la gente de la comunidad, como de funcionarios por no tener grados académicos que avalaran su acción en el fomento a la salud de las mujeres de la región:

"si hubo mucha oposición a que yo me convirtiera en coordinadora de la CAMI, había mucha envidia de parte de algunas de las mujeres, y discriminación, como "ese" Vicario Portillo (funcionario del municipio) que se burló de mí, cuando fui a pedirle una constancia del Ayuntamiento, diciéndome que: -¿para que estoy ahí?-. Si tu no tienes preparación, ahí se necesita gente abogada, psicóloga, especialista, no una como tú..." (Testimonio de Apolonia Plácido, mayo de 2013)

El proceso de exigibilidad en salud, empieza desde las comunidades al reunirse para denunciar la alta incidencia de Muerte Materna a través del Foro, pero sus acciones no se limitan a la denuncia ciudadana, sino que se organizan para gestionar la CAMI de San

Luis, y cada día continua de manera permanente, porque una vez construida la casa, se dio otro proceso para que la Secretaria de Salud asignara a un médico, el Dr. Jorge García Vásquez, para que acompañase a las parteras en su labor. Y con éste equipo hacer una defensa ante las instancias federales de los saberes tradicionales, que es paradigmático un espacio donde confluya el saber médico y el saber tradicional.

La construcción de la CAMI, también involucró un proceso comunitario de organización en salud que se fue haciendo cada vez más amplio y complejo por la cantidad de actores, funciones y redes que iba implicando; del mismo modo, este proceso iba impactando cada vez más en la comunidad nacional e internacional. La Muerte Materna deja de concebirse socialmente como un fenómeno aislado de comunidades pobres, y se empieza a vivir como una violación al Derecho a la salud de las Mujeres, que genera mucha indignación pública por la ineficacia de las políticas en salud.

A través del trabajo de la Red de Parteras y Promotoras de Salud, también se empieza a exigir a los gobiernos locales y federales el respeto a los saberes tradicionales, a implementar en las políticas públicas elementos de prácticas tradicionales, de atención al parto; hubo que argumentar y exigir el respeto al parto vertical o parto humanizado, defendido y avalado por el médico ecuatoriano José Terán. En ese sentido, la labor de Terán en el Hospital de San Luis de Otavalo en Ecuador, ha sido un referente importante de reivindicación de la medicina tradicional en América Latina, mismo que ha dejado importantes aportaciones a la ciencia, así como a la sociología médica puesto que se han realizado intercambios muy relevantes entre saberes tradicionales de parteras ecuatorianas y mexicanas a través del trabajo de difusión de la Red de Parteras.

Estos intercambios son muy valiosos porque cuestionan estándares de salud impuestos por organismos internacionales en gineco-obstetricia. Se toma por acuerdo, la reducción en el uso de medicamentos oxitócicos porque con éstos las mujeres sangran más durante el parto, el uso de plantas medicinales, así como priorizar elementos de salud intercultural que surgen de la propia iniciativa de esta red con el fin de defender y empoderar la práctica de la partería tradicional, ante las instancias de salud pública, y reivindicar su valor epistémico como elemento cultural que unifica la región; en ese sentido, pudieron llevar a la práctica lo que Campos (2004) sugería como cambios reales en las políticas de salud intercultural:

> *"no sólo integrar curanderos y plantas a las prácticas de atención, sino considerar el hospedaje a familiares (ya existentes en el sistema hospitalario), establecer la alimentación regional como dieta normal en los hospitales (pinole, totopos, pozol,*

etc.), lograr una mayor participación comunitaria, introducir muebles locales en hospitales (como son las hamacas en el sureste del país), capacitar al personal sobre las adecuaciones de los servicios".

Otro aspecto que fue fuertemente impactado con la presencia de la CAMI en la región es el de participación y liderazgo femenino, desde el contexto indígena, porque se enfrentaron a muchos obstáculos de los hombres que de discurso se autodenominaban de "izquierda" y que "luchan contra el capitalismo", pero que el terreno doméstico ejercían el mismo poder que en el discurso criticaban contra las mujeres de su familia y de su comunidad, sin embargo, con el activismo de las promotoras fue puesto en evidencia y contrarrestado en la práctica, en la medida en que iban sensibilizando al colectivo de hombres de la región, de que el problema de salud era para todas y todos, cambiando paulatinamente conductas saboteadoras hacia las mujeres. Por ejemplo en los testimonios de Delfina Benito y Enemesia Morales, entrevistadas por Espinosa (2010)

"*al principio los hombres de la organización nos grillaron, para que esto no funcionara" (Morales, en Espinosa, 2010: 298)*

Quiero destacar que en este proceso, de exigibilidad, el protagonismo de Apolonia es trascendental, cabildeando ante los gobiernos locales y funcionarios municipales de salud, de asuntos indígenas y de la mujer. Pero ante todo cambiando el imaginario patriarcal y haciendo mella en ésta lógica de apropiación y de control del cuerpo de las mujeres, impactando positivamente en la salud de las mujeres.

Otro elemento al que se enfrentaron como institución es el de las resistencias del personal institucional; Tanto en entrevista, como en los trabajos de la directora de Kinal Antzetik, Berrio (2013) detalla los obstáculos institucionales a los que han tenido que enfrentarse con el personal de salud y a quien frecuentemente se le han tenido que imponer cuando está en riesgo la vida de mujeres en labor de parto.

La Secretaria de Salud federal capacita al personal con un enfoque intercultural, y elabora un plan de acción institucional impartido donde se fomenta las siguientes recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a partir de los resolutivos emanados de la reunión sobre Pueblos Indígenas y Salud celebrada en Winnipeg, Canadá en 1993, se estableció como acuerdo el respeto y observancia de las siguientes acciones de desarrollo integral para el trabajo con comunidades indígenas: (Secretaría de Salud,DPGLADES 2007:11)

• *La salud con un criterio holístico,*

• *El derecho de los pueblos indígenas a la autodeterminación,*

• *El derecho a la participación sistemática,*

• *El respeto por las culturas indígenas y su revitalización, y*

• *La reciprocidad en las relaciones*

Sin embargo, todas estas buenas intenciones no suceden en los hospitales de la región, se siguen dando graves situaciones de violencia institucional y violencia obstétrica hacia a las mujeres indígenas, como lo documenta Berrio:

> *"Me dieron una bata, me pusieron suero yo no sé ni que fue lo que le pusieron al suero y ya después eso fue lo que me hizo daño porque mis manos quedaron bien torcidos y mi suegra pues me vio y como ella conocía a un doctor ahí en San Luis ella le fue a hablar que me fuera ver que estaba yo bien mal y sí pues, el doctor me fue a ver y le dijo a la enfermera que qué cosa me habían puesto y se enojó porque todavía no era hora para que me pusieran ese líquido.*
> *Yo no pregunté qué líquido era, yo nomás escuché que el doctor dijo: "no le hubieran puesto eso, a ver si no me regañan ahorita que yo la lleve" Y ya de ahí pues llamó al chofer y me llevaron a Ometepec, iban dos doctores allá adentro conmigo y lo regañaron pues al doctor porque había entregado la hoja y que por qué me habían puesto ese líquido y dijo el doctor que él no lo había puesto sino la enfermera de San Luis y le hablaron a la enfermera y dijo pues el doctor que él iba a hablar no se con quién y ya de ahí me tuvieron allá en Ometepec cinco días pues con ella ahí y tenía el aparato porque su corazón de ella se escuchaba quedito así y ya mi suegra le dijeron que me iban a hacer cesárea porque vieron que la niña no tenía fuerzas para nacer y mi suegra dijo que sí." (Entrevista a la Sra. Emperatriz de Cuanacaxtitlán, en Berrio, 2013: 288)*

La violencia obstétrica se da en los hospitales cuando se les impone el uso de medicamentos oxitócicos, no se les informa del medicamento, ni de los procedimientos que van a realizarles, tampoco se les explica sobre la dieta y cuidados en el puerperio, por ejemplo cuando acaban de dar a luz, las obligan a comer sandía, y esto atenta contra sus conocimientos de atención tradicional en el puerperio de el consumo de alimentos de frío-calor, porque el parto es una etapa caliente, y el darle alimentos fríos, es una contradicción en la medicina tradicional, y en los hospitales se burlan de éstos conceptos, e incluso las obligan a comer cosas frías, como para demostrarles que son supercherías, ejerciendo así violencia obstétrica hospitalaria.

En uno de los talleres de Kinal una de las promotoras nahuas se quejaba con sus compañeras que en época de lluvias ella siempre tenía frío aunque en realidad no hiciera tanto frío, porque había quedado con *humedad por dentro,* porque durante su parto en el hospital la había obligado a comer calabaza que es fría, y que *"ya no se le salió esa*

humedad de su cuerpo", aunque después se hizo algunos baños de temazcal, pero nunca quedó igual.

Este tipo de prácticas muestra la ausencia de respeto desde la visión occidental, hacia los saberes de la partería tradicional, así como el desprecio por tratar a las mujeres como sujetos de derecho, y ellas han luchado por dirimir estas controversias, y anular este tipo de prácticas para que éstas instancias reconozcan el derecho de las mujeres indígenas de la región a un parto humanizado, y para que las jurisdicciones sanitarias las conciban como piezas clave en la negociación con el Estado.

En la CAMI, se construye un espacio de coexistencia donde conviven los saberes tradicionales, con la gineco-obstetricia moderna. Incluso guardando los rituales tradicionales de enterrar el ombligo y otras prácticas ancestrales. El médico de la CAMI, Jorge García Vásquez, en entrevista, reconoce todas las aportaciones de las parteras a su conocimiento personal y a la vez colectivo:

> *"Aquí se guarda respeto a la partera y a su sabiduría tanto de la salud, como de la comunidad" (testimonio: Médico Jorge García)*

Sin que este intercambio implique la subordinación de un saber sobre otro, este intercambio se ha establecido a través de mucho trabajo y de un actitud de cuidado, de respeto y apoyo mutuo.

Para Apolonia, todos estos caminos la han llevado a construir la exigibilidad del Derecho a la salud en la región con las mujeres de la región y a dar la lucha por el reconocimiento a sus saberes, a sus intereses, y al papel político de la mujer en la base de la organización.

Me interesa mucho destacar también que Apolonia y su equipo de trabajo, han sido partícipes de foros, conversatorios y espacios de discusión con otras mujeres dando a conocer la práctica local y los logros en la región. Ha estado en foros en otros estados del país y en otros países de América Latina, dialogando, convenciendo, negociando con otros actores desde esta actitud reflexiva y consecuente con su cosmovisión indígena; llevando a la práctica la no violencia, el respeto a la madre tierra, la humildad, el cuidado y el apoyo mutuo, logrando que otras mujeres ejerzan liderazgos, integrándose con los varones, reconstruyendo el tejido social comunitario.[58]

[58] Han existido intervenciones de otras ONGs que empoderan a las mujeres desde el llamado "feminismo de la diferencia" que han logrado que las mujeres ejerzan su poder, pero más a fuerza de masculinizarse y de confrontar a los varones, logrando una ruptura del tejido comunitario y serias pugnas por el poder político.

Ilustración 2: Promotora Apolonia Plácido.
Foto Kinal Antzetik Gro.

Desde esta exigibilidad en salud, se pretende generar una mayor y más comprometida presencia del Estado en los servicios de salud, más que hacer esfuerzos al margen del Estado. Como organización Kinal Antzetik ha buscado visibilizar estas ausencias en las políticas en salud que dañan a las mujeres indígenas de manera directa; del mismo modo ha buscado incidir en las instituciones comunitarias y las autodefensas en la necesidad de tratar bien a las mujeres de la región, y de reducir esta cultura de normalización de la violencia hacia las mujeres. Como institución han sido muy categóricas en resaltar la necesidad de acabar con la violencia hacia las mujeres tanto institucional, como doméstica, y en esto último se diferencian de otras promotorías, por el hincapié que hacen en el enfoque de género.

Otro elemento que quiero destacar respecto a la libertad de abogacía (Doyal y Gough, 1994) y lo relaciono con la posibilidad de autonomía personal que se va ganando en su devenir como actoras sociales; esto lo menciono, porque en las historias de las Promotoras, ellas van refiriendo como van ganando terreno en sus decisiones personales, son decididas, son asertivas y son capaces de influir con su acción a otras mujeres. En el caso de la salud sexual y reproductiva; al hacer un abordaje comunitario, las Promotoras,

cuestionan, problematiza, asesoran, e inciden en las comunidades, ejerciendo su poder y su capacidad de convocatoria, en beneficio propio y colectivo. (Montalvo, 2013) La capacitación que se imparte sobre los temas de salud sexual, tienen un enfoque de género que no discrimina a las mujeres, y las saca de los cautiverios domésticos patriarcales, dándoles la posibilidad de auto atender su salud, pero también de cuestionar el machismo cultural, y la normalización de la violencia. Esas acciones aportan elementos a la comunidad para cambiar las relaciones de poder y de opresión en el ámbito doméstico, y tener más capacidad de incidencia comunitaria en la reducción de la violencia hacia las mujeres y las niñas en la región.

3.2.5.-UNISUR (Universidad Intercultural de los Pueblos del Sur). Licenciatura en salud comunitaria.

¿Cómo surge? Surge como un esfuerzo de los pueblos de la región, desde una propuesta pedagógica de-colonial, con la intención de crear opciones reales desde los pueblos indios, con el enfoque de derechos, y por mandato de las autoridades tradicionales de la región, para paliar la ausencia de opciones de educación superior para la región. En UNISUR, se pretende formar intelectuales indios desde el paradigma crítico de-colonial. En el marco del Tercer Congreso Estatal de Educación Intercultural, celebrado en mayo de 2007, en Santa Cruz del Rincón, Malinaltepec, se hace la presentación de un estudio de factibilidad para la creación de una universidad intercultural en la región. Los participantes acordaron que en octubre de ese mismo año comenzaran las clases, en tres de sus sedes: Cuajinicuilapa, Santa Cruz del Rincón, y Xochixtlahuaca. Empezando a funcionar entonces con 70 estudiantes y 3 sedes. Al año siguiente se abre la sede de Xalitla y posteriormente la sede de Hueycantenango. La licenciatura en salud comunitaria se imparte simultáneamente en las sedes de Santa Cruz del Rincón y la de Hueycantenango.

¿Cómo se financian? Existe un Patronato que gestiona recursos, pero también a través de esfuerzos de los profesores que van del Distrito Federal, apoyos de fundaciones, algunas donaciones académicas de instituciones como UACM, ELAM-Cuba, GEA A.C., Ocote, y otras ONGs que han apoyado este proceso educativo.

¿Cómo llegaron a la región? A mediados de los años noventas, con el apoyo de un sacerdote católico se empiezan a organizar muchas personas en torno a un proyecto pedagógico en la región. Empiezan a hacer gestiones para conseguir una instalación de la Universidad Pedagógica Nacional en la comunidad de Santa Cruz del Rincón. Sin

embargo ésta institución no era suficiente, por la visión institucional y los fines sociales que reproducía de colonialismo interno, buscando formar un estudiantado que abandonara la región, y con una visión epistémica de la pedagogía occidental que no era útil para el tipo habitantes y actores sociales. A partir de ésta necesidad, éste equipo comienza a hacer un diagnóstico muy detallado de la región y de las necesidades específicas educativas, pero sin perder de vista los fines políticos de ésta educación de-colonial, y que buscara formar intelectuales orgánicos indígenas que dieran respuesta a la necesidad de organización y de técnica que la región requería. De ahí que este equipo de intelectuales externos (básicamente originarios del Distrito Federal y de la ciudad de Chilpancingo) se vinculan con algunos estudiantes de la sede de la UPN en Santa Cruz del Rincón, y se empiezan a reunir para exigirle al Estado un proyecto educativo acorde con sus necesidades regionales, a lo que el gobierno federal contesta imponiéndoles una institución académica que denominó intercultural, pero que en realidad no era lo que la gente de la región estaba necesitando, convirtiéndose en un gran elefante blanco, porque resultaba totalmente ajeno a la realidad de las comunidades indígenas, tanto por sus fines, como por la oferta académica, e incluso por el lugar mismo donde3 se instaló la sede.

¿Cómo las capacitan?: Se realizaron reuniones colegiadas con los pueblos y los equipos académicos foráneos para establecer un sistema presencial de 4 días intensivos cada 15 días. Este sistema permitía que en los 15 días que el estudiantado no tuviera curso presencial, estuviera investigando, realizando práctica y trabajando colectivamente, para que las dudas y los proyectos de investigación fueran revisados. En el curso presencial se revisan 4 ejes de formación, bajo el paradigma crítico de-colonial: la violencia comunitaria, la desnutrición, la organización tradicional, los derechos de los pueblos indios, con elementos de biomedicina, sanitarismo y de educación para la salud, retomando el elemento político. Desde esos ejes se abordan problemáticas de investigación muy particulares, es decir que cada participante de cada comunidad, deberá analizar algún aspecto de la salud en el que pretenda profundizar e intervenir, encontrando las mediaciones en que lo occidental pueda ser incorporado a una estructura propia y autocontrolada. También se promueven encuentros de médicos tradicionales, con el fin de buscar un diálogo de saberes

¿Quienes les capacitan? En esta licenciatura hay un equipo docente transdiciplinario muy interesante, que promueve varias técnicas de biomedicina. El responsable de éste

equipo es el Dr. Sibalaume Sánchez, un médico guerrerense que estudio medicina en el modelo cubano de la Escuela Latinoamericana de Medicina. Con el colaboran una partera, antropólogas, y curanderos tradicionales de otras culturas: medicina aryuvédica, medicina tradicional china, medicina homeopática, etc. Se fomentan diversas prácticas. Conjuntamente con intelectuales que forman en el aspecto político: la comunalidad, la organización, el territorio, el paradigma crítico-decolonial, y la medicina tradicional en la región.

¿Qué tipo de práctica utilizan? Utilizan algunos métodos de educación popular, en la planeación didáctica de las sesiones. Así como algunas técnicas de investigación acción participativa, que pretenden apuntalar las iniciativas y agencias socio-políticas, la conciencia crítica y la insurgencia de intervenciones.

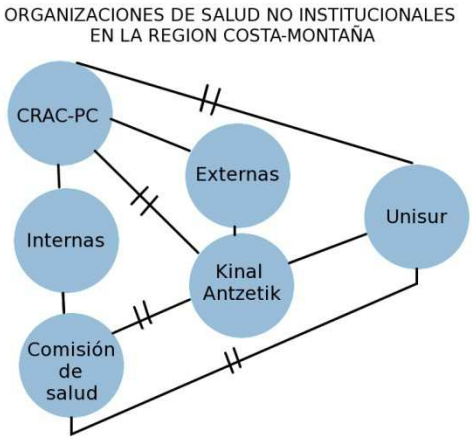
Elementos de metodología de Promoción de la salud o de Educación para la salud. Se les solicita a los estudiantes que tengan un problema de salud comunitaria y que vayan investigando en su comunidad en los momentos en que no tienen curso presencial, para que cuando acudan a curso, se revisen dudas, y se vaya nutriendo con la problemática global de salud, así como con otros elementos que el resto de participantes vaya aportando

Elementos pedagógicos y de educación popular: pedagogías propias concebidas y construidas para pensar y accionar desde la condición ontológico-existencial- y hasta de raza. La UNISUR ha enfrentado una serie de problemas pedagógicos por la visión occidental de aprendizaje individualizado, en UNISUR, el conocimiento se concibe como un producto colectivo, que se nutre e interactúa con la realidad local.

La UNISUR tiene mucha influencia en la región, sin embargo, a partir de este conflicto comunitario, los aspectos de colaboración con otras organizaciones de salud se han visto mermados, y se han tenido rupturas entre organizaciones de salud, que han impedido que la región se siga viendo beneficiada por la influencia conjunta de todas las organizaciones.

Algo que ha caracterizado el trabajo de UNISUR, y particularmente la iniciativa de la licenciatura en Salud Comunitaria, han sido las Brigadas Comunitarias con la ELAM, y otras universidades y esta iniciativa se ha suspendido.

Diagrama 2: organizaciones de salud y sus relaciones



Del mismo modo, en la actualidad la Comisión de Salud de la CRAC-PC se ha quedado aislada por estos problemas, mientras que UNISUR, y Kinal Antzetik siguieron colaborando en acciones conjuntas de salud colectiva como la última brigada donde colaboró el médico Sibalaume Sánchez con algunas promotoras de Kinal Antzetik, realizada en 2013 y algunos talleres que se estaban organizado en apoyo a los damnificados del Huracán Manuel, acaecido en septiembre de 2013, que dejó damnificados en comunidades completas en Metlatónoc.

3.2.6.-La historia de Bernarda Macedonio

Doña Bernarda Macedonio, es una mujer tlapaneca originaria de la comunidad de Santa Cruz del Rincón, que desde los 20 años se dedica al magisterio bilingüe. Ella nació un 22 de abril de 1958. Actualmente habita en Pueblo Hidalgo, desde su matrimonio efectuado hace ya más de 30 años. Ella ha ejercido un papel importante desde su labor docente en esa comunidad, y esto le ha servido de plataforma en convertirse en Promotora de Salud en la región de la Montaña, porque su trabajo se circunscribe a la región cercana a la casa de Justicia de Espino Blanco dentro de la CRAC-PC, aunque ésta no tiene mucho trabajo

en el campo de la salud.

Bernardita narra todo lo que tuvo que "*peregrinar*" (sic) para poder terminar sus estudios como maestra, y todos los obstáculos que tuvo que vencer en las instituciones desde esa desigualdad tan evidente que marcó su historia. Empezando porque en su comunidad, aunque había una escuela bilingüe multigrado, no había maestros, y ella acudía a la escuela con ahínco por su deseo de superación. Así que esa condición le sembró la aspiración de ser maestra, esto tenía que ver también con el lugar que tenía en su familia, de ser la primera de 11 hermanos, en medio de las condiciones de extrema pobreza de la montaña. Ella vivió situaciones muy difíciles para cursar la primaria y poderla concluir, pero aun más para cursar la secundaria. Tuvo que trabajar como empleada doméstica en diversos lugares como San Luis Acatlán y Acapulco, e incluso tuvo que mentir en su edad, para ser aceptada. Esto lo destaco porque si actualmente las escuelas de la región están en un pésimo estado, en la época en que ella estudió las condiciones eran realmente deplorables. Con muchísimos esfuerzos pudo acreditar en un sólo examen la secundaria:

> *"Yo estudié en Ometepec, así hice yo y [en] un sólo año acredité y acredité, yo empecé en enero, y para junio, me habla el Coordinador de allá de Ometepec me dice: !ya está tu certificado¡ ya nomás te faltan las fotos...Ahí ya no me esperé, apenas tuve el certificado en mis manos me fui yo solita a inscribirme a la Normal Básica de la Universidad Pedagógica". (Testimonio de Bernarda Macedonio, diciembre de 2012)*

Un elemento que favoreció mucho a Doña Bernardita, es que su padre la apoyó mucho para ir a estudiar a Acapulco y poderse matricular en la Universidad Pedagógica Nacional. El contar con el apoyo de su familia y su comunidad la respaldó para que luchara por sus sueños, y tuviera un trabajo remunerado desde donde ella podía apoyar a su comunidad.

> *"Yo era cobarde, no tenía valor como ahora, era aun miedosa, era muchachita y lloraba, apenas tenía 20 años que yo tenía. Y me daba miedo irme a estudiar, [...pero] mi papa me decía: !hija, vamos¡" Testimonio de Bernarda Macedonio, diciembre de 2012)*

Con su esfuerzo pudo concluir después de 4 años su formación docente, y comenzar a trabajar. Bernardita, narra que tuvo un primer esposo, con quien tuvo a su primogénita, sin embargo, este hombre llamado Tomás, la abandonó, y ella tuvo que criar sola a su hija. En ésta etapa ella fue muy valiente, porque desafió muchas normas morales para el contexto indígena. Pese a que ella ya se había convertido en mamá, decidió continuar sus estudios y estar sin pareja. Posteriormente, conoció a su segundo marido, con quien construyó una vida en pareja en Pueblo Hidalgo, y con quien aumentó su familia, teniendo otros 3 hijos y

una hija más, sin dejar de trabajar. Ella tuvo que luchar contra muchos estereotipos de género, y contra mucha discriminación, y sin embargo fue impactando en el imaginario de las comunidades desde su labor docente, y con el poder que le implicaba su independencia económica a través de ganarse su propio salario, y por lo tanto su autonomía. Bernardita, sin embargo sigue buscando superarse y colaborar con iniciativas que mejoren la salud de su familia y de su comunidad. Por esta razón empieza a acudir a la convocatoria que hace el grupo de investigación del Instituto Nacional de Antropología e Historia con su programa de plantas medicinales y se empieza a capacitar como promotora de salud, convocando a otras mujeres de las comunidades cercanas, fungiendo como intérprete, y aportando su conocimiento personal en plantas medicinales.

> *"Yo andaba por todo Malina, [Malinaltepec] les decía a las mujeres que yo ya conocía, que nos fueramos a capacitar, que vendrían unos doctores a enseñarnos a preparar nuestras propias medicinas. A mí eso me gustó mucho, porque por acá no había doctores, aunque estuvieran las clínicas, no tenían nada, y pues a mí eso de las plantas medicinales siempre se me ha hecho algo muy bueno que tiene la comunidad y que era para beneficio nuestro, aquí las parteras, y muchas rezanderas bien que saben mucho de las plantas y los remedios. Era una buena oportunidad para muchas de nosotras" (Testimonio de Bernarda Macedonio, diciembre de 2012)*

En su relato, ella comparte una situación que le generó cierta marginación y habladurías por ciertas personas de su comunidad: dado que de forma indirecta la responsabilizan de rupturas políticas de su comunidad, con el proyecto de la CRAC-PC. La señora Bernarda relata que su esposo inicia con el proyecto autonómico comunitario con la Policía Comunitaria en Pueblo Hidalgo, pero que al final de sus días, porque el ya falleció, tuvo dificultades con la CRAC-PC. Puesto que lo inculparon de un problema de robo de ganado e incluso por dificultades con un cacique regional al quien desde su punto de vista, la CRAC-PC, favoreció, lo mantuvieron en reeducación algunos meses. Esta condición le trajo mucha humillación, pobreza y sufrimiento a ella y a su familia, Esta situación causó mucha inconformidad comunitaria por considerarlo un acto injusto y después de muchas Asambleas, la comunidad apoyó al esposo de la Señora Bernarda, quien estuvo llevando el caso de su esposo a muchas reuniones y comentando con las autoridades de Pueblo Hidalgo debatiendo, argumentando y luchando para que se reconociera la injusticia de esta situación, misma que provocó que Pueblo Hidalgo tomara la decisión de abandonar la CRAC-PC, no sin la inconformidad de mucha gente, que a pesar de saber que el marido no había tenido la culpa de la situación, e indirectamente responsabilizaron a su

familia de que su comunidad abandonara la CRAC. En el imaginario colectivo también se observa, que cuando una mujer interpela la injusticia, padece cierto oprobio colectivo, aunque se sepa que está en lo justo, y pese a que mucha gente estuviera de acuerdo con lo que hizo, un tiempo padeció de cierto oprobio por su acción política, aunque paradójicamente las acciones que posteriormente empezara a promover Bernarda sirvieran para que existieran más condiciones para construir salud colectiva, y para tomar conciencia sobre las necesidades en salud que tenía la comunidad.

> *"Mi mamI tuvo que ser bien fuerte en esa etapa, porque la criticaban duramente por su papel de maestra, de alguna manera la gente la responsabilizaba de la salida de la CRAC-PC, como si ella difamara a los Coordinadores nomás por generar pelea. Hasta sus comadres dudaban de que sólo lo hiciera por perjudicar a la comunidad. Y luego criándonos a nosotros, ella tenía que cumplir con su trabajo como maestra, nos cuidaba en la casa y además tenía que salir a las Asambleas exponiendo el caso de mi papá. Pero este proceso nos ayudó como comunidad, y al final pues benefició a que soltaran a mi papá, y que de alguna manera ella nos enseñara que las mujeres también podíamos defender nuestras ideas por eso yo me decidí a seguir estudiando, gracias a su ejemplo yo también estudio en la UPN y me preparo para superarme". (Testimonio de Lourdes García, hija de la Sra. Bernarda. Diciembre de 2012)*

Estas historias explican por si mismas los obstáculos que tuvieron estas mujeres para formarse como Promotoras de salud, la lucha que tuvieron que dar para dejar su rol doméstico, las dificultades que implicó ser actoras sociales y confrontarse con el imaginario patriarcal, así como la forma en que ellas lo asimilaron para producir capacidad comunitaria en la región; la cual se abordará a la luz de algunos hallazgos del campo en el siguiente capítulo.

3.3.- Elementos emancipadores en estas promotorías:

En las prácticas de promoción de la salud de este tipo de identifican importantes elementos de ruptura con la medicalización y que son capaces de incidir en procesos de organización, como ya se estipula en la Carta de Ottawa, se abren espacios de participación social y política en intervenciones en salud, las mismas que permiten que la población asuma su papel como agente transformador de la sociedad desde un enfoque de construcción de ciudadanía. El carácter emancipatorio lo da esta condición de el respeto a la capacidad de agencia de las poblaciones, puesto que, como lo analiza Chapela (2013) las acciones se caracterizan por:

"estar dirigidas a desarrollar capacidades humanas para construir futuros y lograrlos, con la posibilidad de cuestionar el discurso médico y de crear nuevos campos de opinión para población sin calificación profesional". (Chapela,2013: 8)

Cuadro 16: Acciones emancipadoras de promoción de la salud.

ACCIONES PROPUESTAS EN LA CARTA DE OTTAWA	INTERPRETACION DESDE UNA PERSPECTIVA EMANCIPADORA
Participación	Intervención política efectiva de individuos y grupos sociales
Capacitación	Desarrollo de valores, conocimiento y habilidades para: información y acceso a la voz; abogacía y cabildeo; toma de decisiones y planeación; definición y comprensión de problemas; diseño de proyectos viables para el futuro y crear, definir y realizar acciones encaminadas a lograr ese futuro
Reorganización de los servicios	Cambio estructural de la acción individual a los servicios en general, encontrar necesidades definidas a partir de ejercicios de reflexión y decisión de gente común.
Acción intersectorial	Aproximación multifocal a problemas nuevos y más complejos así como un cambio en la base de distribución de los recursos individuales, colectivos y gubernamentales.
Reformulación de políticas	Desarrollo de redes políticas necesarias para hacer acciones de promoción de salud viables, organizadas, legales y confiables.

Fuente: Chapela, 2013

Los ejes de acción en Promoción de la Salud tomados de Ottawa, se han retomado en la región con un enfoque emancipatorio porque han incidido en la comunidad para generar una política saludable, desde las necesidades reales de las comunidades indígenas en apego a su cosmovisión. Incluyendo una capacitación intercultural que respeta los saberes tradicionales, y que a partir de estos construye opciones y políticas viables, enfocadas a la transformación estructural y a la organización.

Considero que las acciones de todas estas mujeres son parte de un proceso social muy paradigmático en la región, que produce ecos tan importantes que resuenan en movimientos mundiales, tanto la autonomía indígena, como la organización de las mujeres por su salud son hechos que producen cambios significativos en el imaginario colectivo.

Y aquí quiero destacar el papel mediador de las promotorías con la comunidad en su rol de intelectuales orgánicos, dado que inciden de muchas formas en la construcción de autonomía, de agencia y de empoderamiento colectivo.

En el caso de Kinal Antzetik, las promotoras han viajado a numerosos encuentros en países de América Latina, con el fin de compartir denuncias, experiencias y aprendizaje; de este modo, con su práctica democrática demuestran que es posible construir otro sistema valoral tanto epistémico como ético del conocimiento

Del mismo modo, la misión institucional de UNISUR propone como objetivo académico formar intelectuales surgidos de la comunidad, en sus documentos de creación (UNISUR, 2006). Este intelectual mediador, tiene un rol importante en la articulación de redes y de lugares, no sólo en el ámbito regional, y local, sino que impacta también a nivel internacional, estableciendo éste diálogo de saberes entre varias regiones posgeográficas, difundiendo de manera virtual y presencial sus experiencias; en ese sentido los Conversatorios que impulsan las promotoras de Kinal, a través de foros y encuentros para prevenir la muerte materna a nivel internacional, tienen ese impacto deconstructor de fronteras geográficas y epistémicas, y abren posibilidades morales, y estéticas distintas a las occidentales:

> *"Ahora que estuve en el encuentro de Mujeres en Nicaragua, me di cuenta que las mujeres vivimos la misma discriminación aquí, en Nicaragua, en Chile, en Argentina, en varios países existe ese problema, y es importante que la gente sepa que no estamos de acuerdo, pues, con esta forma de vida que nos imponen a nosotras" (Entrevista a Apolonia Plácido, 2013)*

En el caso de la CRAC-PC, el conocimiento ha sido más local, sin embargo se ha buscado que la difusión de los conocimientos y valores de las promotoras se conozca en contextos internacionales, llevando a Congresos Internacionales la experiencia de la formación de

estas Promotorías, pero sobre todo sus saberes, en algunos coloquios internacionales (Hersch, Chévez y Sedano, 2012)

La experiencia de estas promotoras, crea resistencia ante la globalización medicalizada, porque desde el ejercicio de estas, se mantienen los saberes tradicionales, reinscribiéndose permanente en la construcción de conocimiento dialógico, buscando creativas maneras de transterritorializar el conocimiento, de sororidad, de autonomía y de resistencia. En los encuentros de medicina tradicional que se organizan en diversos lugares de América Latina, se comparten estos conocimientos tradicionales, dislocando la geografía política, ampliando las zonas de contacto, entre las diversas culturas epistémicas, de ambos imaginarios.

En Kinal Antzetik, también han traídos voluntarias de Europa que comparten su visión del mundo, pero sobre todo difunden la experiencia latinoamericana de construcción de Derechos en Salud, abriendo el debate a otros saberes, que se validan en la praxis ; del mismo modo en UNISUR, han compartido conocimientos con parteras de Alemania y Canadá y de otros continentes a compartir habilidades, prácticas y discursos sobre el proceso de salud-enfermedad-atención.

3.4 Conclusiones del capítulo:

En este capítulo realicé una descripción de las prácticas de Promoción de la salud, con la finalidad de identificar algunos elementos analíticos de estas prácticas, para así entender los alcances y limitaciones de estas promotorías ciudadanas indígenas en la región.

El hecho de concatenar la historia de la vida de las promotoras, con la descripción de prácticas de las organizaciones aporta elementos que definen con mayor precisión la forma en que las promotorías se han dibujado como agentes comunitarios de cambio social.

La promotoría de salud de la CRAC-PC y la historia de vida de Doña Asunción Ponce, dan cuenta del proceso de empoderamiento y de apropiación de la salud de las mujeres y de

los hombres en la región y explicar el fenómeno de la violencia comunitaria en un contexto que vive muchos embates políticos del Estado; sin embargo la descripción de la promotoría Kinal-Antzetik y la historia de vida de Apolonia Plácido, detallan a profundidad el impacto de las desigualdades de género en la salud de las mujeres indígenas; particularmente aporta elementos para entender la importancia y magnitud de la lucha contra el sexismo que se da tanto en instituciones federales como comunitarias.

Por otro lado, el proyecto educativo de UNISUR además de explicar el entramado comunitario y las relaciones con el gobierno federal, explica también el protagonismo de las generaciones jóvenes construyendo territorio, organización y salud comunitaria. Del mismo modo, la historia de la profesora rural Bernarda Macedonio, da cuenta de la influencia de la medicina tradicional en la construcción de comunalidad y resistencia ante los embates de la medicalización excesiva.

En ese sentido, estas prácticas llevan a la acción las tareas sugeridas en la Carta de Ottawa, como: la participación, la capacitación, la acción intersectorial y la reformulación de políticas públicas a enfoques colectivos que incluyan una perspectiva emancipadora surgida de las necesidades de salud reales de las culturas indígenas.

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE LAS PRÁCTICAS DE PROMOCIÓN DE SALUD

En esta parte vincularé el trabajo de campo con la investigación sobre los conceptos en salud, con la finalidad de analizar las prácticas de Promoción de la Salud y sus efectos en la comunidad.

Retomando el Ciclo reflexivo de Smyth (1991) y sus aportaciones en la etapa de reconstrucción de la práctica docente, puesto que ellas se han cuestionado: ¿cómo podemos hacer las cosas de forma diferente?, ¿que es importante en lo pedagógico para que la gente se integre más?, ¿qué tengo que trabajar como efectos de estos cambios?, para reconstruir la práctica de la Promoción de la Salud, desde su propia experiencia.

En ese sentido, quiero destacar su incidencia en los procesos organizativos en la región, visibilizando los efectos de estas promotorías de salud, así como enfatizar en los procesos que se han ido complejizando en torno a la realización de acciones colectivas en salud. En ese orden de ideas, enfatizo las aportaciones que se han hecho en el marco de la salud intercultural involucrando a la población, convirtiéndose así en actoras sociales determinantes para los procesos de exigibilidad comunitaria.

A ese respecto, existen algunos indicadores que proponen Restrepo (2001), Mato (1996) y González (2007) para evaluar el impacto comunitario de estas promotorías en la región, que iré constatando con testimonios de la práctica de éstas promotorías, que desde el eje del Derecho a la Salud y a la Protección en salud han ido construyendo comunalidad, salud intercultural y ciudadanía étnica, que confrontaré con la práctica.

4.1.- Ejes transversales en la práctica de promoción de la salud

Destaco la existencia de estos ejes, porque atraviesan las prácticas en un sentido obstaculizador en primera instancia, pero que éste carácter conflictivo, (Melucci, 1999) produce resiliencia en la comunidad, y sin su existencia, no existiría la necesidad de reconstruir la orientación de la práctica y por lo tanto no serían **generadores de reestructuración de la acción social o motores de la praxis emancipatoria.**

4.1.1.- El patriarcado:

es un elemento que obstruye el proceso de salud-enfermedad-atención, en toda la Montaña. No sólo por la dificultad que implicó formarse como promotoras de salud, sino una vez que adquirieron esta capacidad; se enfrentaron a la falta de reconocimiento y descalificación de sus prácticas y saberes; así como a la exclusión y segregación en varias dimensiones: no sólo viven la exclusión del aparato sanitario, sino también del imaginario patriarcal existente en la comunidad, que desde el enfoque antropocéntrico devalúa su

práctica y sus esfuerzos organizativos en salud.

4.1.2.- Las ausencias en el tema del auto-cuidado comunitario:
paradójicamente existen en este proceso, pese a que las promotoras de salud son las que organizan a las comunidades buscando mejores condiciones para la colectividad, muchas de ellas son expuestas a tensión, violencia simbólica e institucional, son frecuentemente confrontadas en sus intereses tanto económicos, como morales y en su mayoría, estas condiciones las hacen padecer alguna enfermedad: desnutrición, estrés, violencia doméstica, angustias y agresiones. Y en ese sentido quiero destacar una acotación importante que hace Restrepo (2001) respecto a la necesidad de integrar el empoderamiento individual y empoderamiento colectivo para construir condiciones de salud colectiva:

> *" el autocuidado y el empoderamiento vistos solamente como de naturaleza individual, son conceptos muy limitados, puesto que la transformación personal es, en gran medida, un producto colectivo, es decir que el individuo sólo sin la influencia de la sociedad en la que está inserto no es capaz de hacer todas las transformaciones en su conducta para ser más saludable",*

En ese orden de ideas, yo retomo esta ausencia de auto-cuidado en dos sentidos: el primero, es el que se refiere más al abandono de conductas solidarias hacia las mujeres que promueven salud en la comunidad, así como al hecho de saturarlas emocionalmente con cargas excesivas por las funciones públicas que ejercen. El segundo sentido, es el que analiza la ostentación de conductas temerarias ante situaciones de violencia comunitaria, como algunos varones[59], que exhiben conductas de riesgo por agresiones, homicidios o enfermedades crónicas. En ambos sentidos, se muestra la ausencia de cuidado hacia los procesos que construyen salud, en función de las definiciones que la comunidad aporta como parte de lo que es saludable para ellos y ellas mismas, mostrando una contradicción de fondo.

[59] En los talleres de masculinidad, se hace alarde del "valor guerrerense" en el sentido de osadía para afrontar situaciones de vida.

Para mostrar el proceso de reconstrucción de la práctica de estas promotorías en la región, retomo la propuesta instrumental para evaluar el impacto de comunitario de las prácticas de promoción de la salud (Mato 1996; González, 2007) definiendo los siguientes indicadores:

4.2.- Impacto comunitario de las intervenciones en salud de las promotorías regionales

1. EXTENSIÓN: entendida como temporalidad de las intervenciones.
2. AMPLITUD: cantidad de organizaciones y población beneficiaria.
3. PROFUNDIDAD: Nivel de compromiso de la acción en la que interviene la comunidad (diagnóstico, implementación, evaluación)
4. MODALIDAD: el tipo de intervenciones: consulta, taller, consejería, canalización, etc.
5. IMPACTO: Si se realiza en el nivel comunitario, nacional o internacional.
6. EFECTIVIDAD: se valoran los encuentros donde las comunidades hagan propuestas concretas, se sancionen normas por la comunidad y reestructuradas por la misma.
7. SUSTENTABILIDAD: regularidad, continuidad y mejoras de las acciones

4.2.1.-Extensión

Para iniciar las reflexiones sobre este impacto, debo retomar los procesos históricos en salud que se han presentado en la región: las intervenciones han tenido un impacto temporal continuo y efectivo, en la medida en que avanza su nivel de participación social, mismo que con el paso del tiempo adquiere mayor arraigo y compromiso comunitario:

En el caso de las CAMIs, el proceso de gestión de los apoyos institucionales, empezó desde el año 2006 y hasta el 2012 se han mantenido los trabajo a partir de la integración de comités de salud, quienes han tenido la evaluación y vigilancia constante de las comunidades, se ha mantenido su crecimiento a partir de los mecanismos de cabildeos con los gobernadores en turno para solicitar apoyos o exigir que se cumplan los

compromisos firmados a nivel estatal y nacional.

En UNISUR el proceso de diagnóstico de factibilidad inició desde el 2006, surgiendo un estudio de factibilidad que le fue comunicado a las comunidades de la región a través de las Asambleas comunitarias, a partir de esas acciones, las comunidades gestionaron la sede principal en Santa Cruz del Rincón; a pesar de todos los procesos que ha tenido también de rupturas, reencuentros y apertura de otras sedes, hasta el 2013 se mantiene este proceso académico, aunque la licenciatura ha tenido un proceso de reestructuración en cuanto a las sedes y al modelo curricular, que mantiene en detención actualmente esa propuesta.

La comisión de salud inició sus trabajos desde el año 2009, con la integración del equipo de formadores de promotores de salud de los médicos. Hersch y Chévez y se había mantenido capacitando promotores por periodos largos de tiempo; reforzando su acción a través de los talleres contra la imposición de la explotación minera en la región y es hasta 2012, aproximadamente que la coyuntura política de la organización impide que se mantenga la formación de promotoras como lo venían haciendo, por los conflictos comunitarios entre la CRAC-PC y la UPOEG, que empiezan a fragmentar la organización y con ello se da la salida de algunos Coordinadores Regionales; hecho que también genera la salida de algunas promotoras que integraban el grupo.

4.2.2.- Amplitud

Todas las iniciativas han tenido un profundo impacto a nivel regional, porque en todos los casos han iniciado en una sola comunidad, como en el caso de la UNISUR, que empezó en Santa Cruz del Rincón y llegaron estudiantes de la región Costa, de Marquelia y de Cuajinicuilapa, incluso de la montaña baja en Hueycantenango, municipio de José Joaquín de Herrara, cercano a Chilapa, teniéndose que abrir otra sede de UNISUR en ese municipio, teniendo mucho impacto en la región.

En el caso de Kinal, también se tuvo un gran impacto comunitario a partir del Foro Nacional: Prevención de Muertes Maternas en México: ¿Y las mujeres indígenas? de 2005 iniciando en San Luis Acatlán, pero impactando muchas comunidades de la región Costa

Chica de Guerrero, aunque esta problemática tan seria resonó con la acción de estas promotoras desde la Montaña Baja en Acatepec, dónde se fundó otra Casa de la Mujer Indígena, gestionada por la Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas; hasta Ometepec, municipio de la Costa Chica, donde también a raíz de estas acciones en salud se gestionó otra Casa de la Mujer Indígena en con el apoyo de la Organización Manos Unidas de Mujeres, A.C. y Kinal Antzetik, Guerrero. Teniendo como destinatarias a mujeres de los municipios de: Ometepec, Xochistlahuaca, Tlacoachistlahuaca, Igualapa, San Luis Acatlán y Malinaltepec.

La Comisión de Salud inició sus capacitaciones en Malinaltepec, Metlatónoc, San Luis y San Luis Acatlán; sin embargo a sus talleres empezaron a llegar promotoras del municipio de Ayutla. En ese sentido la influencia de estas promotorías ha tenido un impacto en gran cantidad de destinatarios directos en estos años, particularmente las mujeres que se ven acompañadas y apoyadas en el proceso de atención al parto, y capacitadas para incidir en el nivel preventivo de su familias; pero los beneficios de éstas promotorías ha impactado a familias y comunidades enteras a partir de la Promoción de la reflexión sobre temas de salud sexual, la mirada de Derechos, el enfoque de género, y la denuncia civil sobre la violación al derecho a la Salud, y la cultura del Buen trato hacia las mujeres.

Es difícil dar un número exacto de beneficiarios de estas promotorías; dada la emergencia sanitaria en la región y la enorme carga paliativa de estas acciones; sin embargo su impacto cuantitativo en la región se puede evaluar en la reducción de muerte materna a partir de la existencia de las CAMIS en estas comunidades y de las brigadas de atención de estas promotorías.

Mapa 5: Zona de influencia de las promotorías en la región:

4.2.3.- Profundidad:

Respecto a la profundidad, quiero destacar que todas han hecho un profundo nivel de análisis al realizar los diagnósticos para emprender sus planes de acción, que han surgido de las comunidades, a través de las Asambleas, Foros, y Consultas directas a la comunidad, rescatando la **participación social** como un fundamento de su práctica en salud, impulsando la democratización y la ciudadanía (Menéndez, 1995) de éstas promotorías, en la medida en que se vuelve un ejercicio cotidiano al colocar la decisión de la colectividad como eje directivo en la toma de decisiones relativas a la salud colectiva.

Kinal Antzetik ha realizado diversos foros y consultas para decidir conjuntamente con las mujeres de las comunidades la inversión del presupuesto, se han realizado cabildeos con

gobernadores y funcionarios para interpelar el cumplimiento de acuerdos respecto al uso de ambulancias, de presupuestos participativos, de co-inversión en obras de salud, la solicitud de brigadas estatales, y la vigilancia en general de acuerdos con el Estado.

La UNISUR ha realizado también foros sobre los efectos de la Minería en la región, en la salud de las comunidades y ha fomentado el debate de estos efectos en la población de diversas comunidades, para presentar resolutivos a los gobiernos locales y federales, del mismo modo, ha realizado brigadas médicas con el apoyo de la Escuela Latino Americana de Medicina de Cuba (Masetti, 2010) en apoyo a los municipios donde más se ha requerido, básicamente en los municipios de la Metlatónoc y Malinaltepec de la región Montaña, también han organizado diferentes encuentros de Promotores de Salud en la región, como el que se realizó en Chilapa en 2012, en el municipio de Acatlán, en estas iniciativas promovidas por el médico Sibalaume Sánchez se realizaron: diagnósticos, consultas, curaciones, talleres, consejerías, intercambio de saberes entre técnicas alternativas de salud y alopatía, aplicación de ventosas, masajes, sobadas, limpias, temazcales, cantos, rezos y en algunas ocasiones hasta cirugías.

Respecto a las acciones del grupo de Promotoras de la CRAC-PC, han tendido más a la capacitación y formación de Promotoras a un nivel más micro-regional, las acciones han sido dirigidas a reforzar las prácticas de auto-atención definida como:

> *“el modelo basado en el diagnóstico y la atención llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas de su grupo parental o comunal y en el cual no actúa directamente un curador profesional” (Menéndez, 1981:9)*

En ese sentido, se han realizado talleres de capacitación, intercambio de saberes, caminatas botánicas, elaboración de cuadernos herbarios, y consultas a la comunidad.

Otro elemento que es importante destacar de este proceso de acciones en salud, es la

variable etárea, dado que a pesar de los roles de género y la opresión hacia las mujeres, las promotoras de salud de éste grupo, que la mayoría son señoras de entre 25 y 58 años han tenido la energía para realizar este tipo de acciones, y sobre todo pese a sólo contar con niveles básicos de escolarización o incluso ser analfabetas; y pese a eso, fueron capaces de transmitir un gran bagaje de conocimientos tradicionales, además de capacitarse para transmitirlos.

Aunque en el caso de UNISUR fue distinto, porque la mayoría de los estudiantes, como requisito de ingreso deben tener el bachillerato concluido. En su caso el promedio etáreo es de 19 a 24 años, no todos son hablantes de lenguas indígenas y no poseen tanto bagaje de conocimiento tradicional en medicina.

4.2.2.- Modalidad:

Las modalidades de intervención, van de la mano con la profundidad para definir las acciones de éstas promotorías, que han sido desde: consultas en las comunidades, hasta cabildeos institucionales; sin embargo algo que quiero revisar en este apartado, es el tipo de acciones que han producido en el imaginario colectivo, y es importante describirlas porque estas experiencias van marcando su devenir como actoras sociales.

Retomo la historia de Bernardita, porque es muy emblemática en la forma de resolver conflictos desde la feminidad, a pesar de haber vivido mucha violencia tanto conyugal como comunitaria, ella no lo hace desde la violencia, o la agresión. La maestra Bernardita es una mujer sumamente juiciosa, quien colabora con el grupo de sanadoras de Pueblo Hidalgo y ha trabajado mucho por el reconocimiento comunitario. Pero éste reconocimiento

y ésta inclusión de la que ahora empieza a disfrutar, ha sido parte de un **proceso metodológico de mediación comunitaria** que ella ha realizado desde su puesto como maestra rural. Tanto a nivel personal, con el tema de género y reconocimiento, como con el tema de convertirse en sujeto político con derechos, en la medida en que con las sanadoras de esa comunidad, involucra a otras mujeres, y resarcen el tejido social.

Al mismo tiempo, el de **cabildeo (o abogacía)** para negociar causas de interés público, esto lo logra cuando consigue los talleres en su comunidad, y que beneficiarán a otras mujeres, como promotora comunitaria de la CRAC-PC, practicando la **comunicación social y la información comunitaria.**

A través de los talleres que realiza Kinal-Antzetik, se fomentan procesos participativos trascendentales para la construcción de autonomía en salud, tales como:

Acciones de mediación intercultural:

- Impulsar procesos participativos de **auto determinación y auto cuidado.** Con los talleres de atención al parto, donde ellas comparten sus prácticas específicas de partería, y de herbolaría, en ese sentido, han tenido una respuesta muy categórica respeto al respeto al parto vertical y las estancias hospitalarias.
- También han construido estrategias de cuidado y apoyo colectivo, tanto como el de auto-cuidado en contextos violentos. (cuando abordan el tema de violencia, y ellas desde su contexto abordan estrategias de seguridad colectiva ante algunos señores

que no quieren que sus esposas se atiendan con médicos, la capacidad de negociar entre parteras y familiares, y los elementos para convencer a las familias de llevarlas al hospital porque está en riesgo la vida de la paciente).

- Desarrollo de **investigación participativa** para el conocimiento de las representaciones comunitarias del proceso salud- enfermedad, al mismo tiempo que construyen procesos **etno-educativos** mediante la implantación de una estrategia de educación en salud en mixteco o tlapaneco. Kinal- Antzetik tiene un taller de especialización en parteras donde se describe los órganos del cuerpo de la mujer y del hombre con todos los Aparatos y Sistemas del cuerpo humano y se fomenta el compartir experiencias en salud. También se abordan temas como la definición de la enfermedad, se develan mitos sobre el consumo de algunos alimentos, pero respetando la cosmovisión indígena, su busca **integrar las cosmovisiones indígenas y biomédicas** para atender las causas de la enfermedad, los signos y síntomas así como el tratamiento y la prevención. Con esa finalidad, la Comisión de la CRAC-PC, también ha buscado fomentar el uso de las plantas y nombrarlas en mixteco y tlapaneco para que se conozcan sus propiedades.

- Elaboración de planes locales contra la muerte materna, con responsabilidad de agentes comunitarios en salud.

- Formulación de propuestas de confinación comunitaria,
- Kinal Antzetik realiza una tarea muy importante: elaboración de **material etno-educativo específico** para atención a los programas comunitarios de salud materno-infantil con un enfoque de género.
- Reuniones interculturales permanentes, con diálogo bilingüe para **planear,** ejecutar, controlar, y **evaluar** los procesos.
- Inclusión de los proyectos respetando la cultura y cosmovisión indígenas.
- Concertación con el pueblo indígena como se va a realizar la promoción y la intervención en salud a través del manejo de la medicina tradicional regional, dándoles conciencia de su riqueza local.
- Cualificación de la participación del pueblo indígena en la construcción de su proyecto de vida en salud.
- En sus acciones han integrado la evaluación civil para conocer el impacto real en las comunidades, porque a partir de ésta evaluación se planean las intervenciones efectivas que permitan el máximo aprovechamiento de los escasos recursos de la comunidad.
- Las CAMIs han implementado ya algunas medidas como albergue para mujeres que estén próximas a parir, para ella y su acompañante, que a diferencia de los hospitales, se permite el acceso para apoyar en el momento del parto.

4.2.5.- Impacto:

Las intervenciones en salud han impactado en los niveles comunitario, estatal, nacional e internacional.

Quiero destacar el papel de estas promotorías cambiando el imaginario colectivo en el tema de la no-violencia y el buen trato, porque ha sido una labor impresionante que ha construido comunalidad y tejido social.

Como ya se revisó en el panorama epidemiológico regional, muchos delitos graves están vinculados a la normalización de la violencia, existe la prevalencia de feminicidios perpetrados por parejas, novios, padres, familiares de las mujeres y eran invisibilizados por la comunidad a causa de la visión de virilidad violenta, que resuelve los conflictos por la fuerza, ha sido una constante cultural en todo el país, que en la región se recrudece por la opresión patriarcal y la discriminación racial; la percepción social en el imaginario colectivo, mantenía la visión de una feminidad soterrada, sumisa, pero muy activa en el trabajo comunitario y sin mucha aspiración a construir la equidad de género, es frecuente.

Cabe destacar que hasta en instituciones comunitarias que imparten justicia, el tema de la igualdad entre géneros es algo poco relevante y de escaso interés también para las autoridades comunitarias, en diversos casos que tienen que ver con violencia doméstica, o con resolución de conflictos familiares, el dictamen en su mayoría de veces resulta favorable al varón, (delitos graves como asesinato, violación o incluso el despojo de la tierra o de los hijos, se paga con una multa no muy elevada y con trabajo comunitario) Justificando esta condición desigualitaria bajo el relativismo que implican “los usos y costumbres comunitarios”. Sin embargo, las acciones de reconocimiento a los Derechos de las Mujeres ha ido cambiando poco a poco en ambas instituciones, tanto comunitarias, como del gobierno federal.

Y en ese sentido, las acciones en salud ha incidido poco a poco en cambiar esa visión comunitaria respecto a la masculinidad y la feminidad, contribuyendo al debate inclusivo de género en la región, con un enfoque de derechos, para construir la equidad y tan es así, que se incluyeron a mujeres para el cargo de Coordinadoras de Justicia como en el caso de Doña Asunción y de la compañera Felícitas Martínez, quienes han difundido el enfoque de género en las discusiones comunitarias, en la impartición de justicia y en el cabildeo para construir acciones de salud.

Destaco estas acciones, porque han tenido mucha relevancia a nivel estatal; y las discusiones sobre violencia institucional, violencia obstétrica y violación del derecho a la salud reflejado en la desatención a la población indígena y las escandalosas cifras de

muerte materna en la región han tenido tal relevancia que a nivel mundial se ha denunciado esta problemática y se han hecho debates internacionales sobre la relevancia de que los gobiernos incidan en la solución estructural de este conflicto.

Tal ha sido el impacto de estas acciones en el ámbito internacional, que se han dado las condiciones para construir una instancia civil que monitorea la prevalencia de mortalidad materna, el Observatorio de Mortalidad Materna, que ha denunciado en América Latina estas brechas que existen en el Derecho a la Protección en salud. Respecto a la problemática de violencia hacia las mujeres indígenas y el surgimiento de organizaciones que inciden en la construcción de ciudadanía; muchas de estas organizaciones han ido a compartir sus experiencias en otros países de América Latina[60]

En el caso de UNISUR también han ido a compartir la experiencia sobre la salud a otras regiones y han venido algunos promotores de salud de Cuba y de otros estados a compartir e intercambiar experiencias.

4.2.6.- Efectividad:

Se valoran los encuentros donde las comunidades hagan propuestas concretas, se revisen normas y se sancionen por la comunidad y también la reestructuración de acciones por la misma comunidad. En este caso las tres promotorías de la región han realizado acciones colectivas en salud con un alto grado de efectividad:

El Foro Nacional prevención de Muertes maternas en México: ¿y las mujeres indígenas?, es una muestra de la efectividad de las promotorías para organizar, visibilizar, interpelar al Estado, denunciar a nivel internacional, pero sobre todo actuar en torno al Derecho a la Protección en Salud. Estas mismas promotorías han tenido la capacidad de exigir al Estado el cumplimiento a este derecho y organizar a la población en consecuencia:

Se han tenido encuentros con gobernantes y algunos casos de justiciabilidad y exigibilidad del Derecho a la Salud, han llegado a juzgarse en tribunales internacionales y obtenido la reparación de daños[61], por parte del Estado.

El hecho de que las mujeres y las comunidades se organizaran para gestionar las CAMIs, también es una muestra de efectividad, de impacto comunitario y de participación social en acciones de salud colectiva y que surge de la necesidad de acceso real a la atención de la salud.

---

[60] Algunas integrantes de Kinal Antzetik han viajado a encuentros de mujeres indígenas a Colombia, a Guatemala, a Nicaragua y otros lugares de América Latina.

[61] Como lo son los casos de Inés y Valentina, los hombres que esterilizaron en Ayutla y el caso de la comunidad de Mini-Numa, Metlatónoc.

4.2.7.- Sustentabilidad:

La forma de medir la sustentabilidad en los proyectos de salud es la regularidad con que se realizan, continuidad y mejoras de las acciones

La CRAC-PC inició con los talleres de herbolaria, fitoterapia y capacitación a personas de la región con la finalidad de convertirles en Promotores de Salud. El equipo que inició esta colaboración con las comunidades tiene un origen académico y buscaron gestionar apoyos institucionales para el mantenimiento de éste proyecto; sin embargo al término de éste financiamiento, la comunidad ya tenía equipamiento para mantener con ésta labor y ha ido buscando formas de autogestionarse.

En el caso de UNISUR, la situación de sustentabilidad ha sido compleja pese a los esfuerzos de las comunidades, porque aunque ellos faciliten y gestionen los espacios para las clases y las consultas, los viáticos y los insumos han salido de la bolsa del voluntariado y de algunas organizaciones no gubernamentales que han apoyado a la región a partir de un patronato que diseñaron para buscar fondos. Los gobiernos locales y regionales no han apoyado estas iniciativas de salud; antes bien han obstaculizado de muchas maneras estas iniciativas civiles, que el estudiantado a tenido que buscar la forma de resolver.

En el caso de Kinal Antzetik, han trabajado más a nivel internacional para conseguir financimaniento, Fundaciones como Mc-Artur, Semillas, Fondo María, el PNUD y otras instancias no gubernamentales, en co-gestión con el gobierno federal han aportado algunos recursos para la construcción de las Casas; sin embargo toda la organización previa, presente y la planificación futura ha corrido a cargo de los equipos de mujeres y Promotoras de la región, que a su manera han buscado la manera de darse abasto y autogestionarse para mantener los gastos que implica la organización, los talleres, los transportes y algunas becas que se les da a las parteras y promotoras por el trabajo que aportan a la comunidad. Esto ha permitido que las promotorías se mantengan y la mayoría mejoren con el apoyo de la comunidad a pesar de las adversidades económicas que implica no tener ningún tipo de financiamiento seguro por parte del gobierno. Cuando éstas llegan a obtener alguno es muy incierto y por este motivo prefieren no depender de el.

Uno de los debates más importantes de esta investigación es el cuestionamiento entre poder y saber en la práctica médica que ya se revisó en el capítulo 2; sin embargo en el aspecto práctico es importante puntualizar algunos aspectos hallados en el trabajo de campo y en relación con el Ciclo reflexivo de Smyth (1991), que tomé como instrumento de análisis de la práctica de éstas promotorías; en la fase de Confrontación y Reconstrucción

de la práctica, pude encontrar la existencia de:

4.3.- Práctica médica colonial:

A pesar del pluralismo médico que existe, lleno de un un rico bagaje de prácticas que oscilan en el sincretismo médico, que Martínez define como:

> "*la transformación espacios etnográficos clásicos [en el que] se pueden visualizar nuevos objetos, por ejemplo, entre los indígenas acuden a los dispositivos sanitarios occidentales y toman antibióticos y aspirinas*". (Martínez, 2011:39)

así como de los esfuerzos progresistas de estas organizaciones que han logrado avances en construir una promoción de la salud intercultural, no podemos negar la existencia de de saberes coloniales (Martins, 2012) que nos obligan a repensar la práctica contrahegemónica, enfatizando la importancia de las redes sociales en la comunidad y la emergencia de actores sociales en torno a la salud, como plantea uno de los promotores:

> *..."En Marquelia, siempre ha existido la discriminación hacia los parteros y curanderos, en mi comunidad, (que está rumbo a Rancho Pitaya casi pegado a Oaxaca), allá especialmente se desvaloriza todo el esfuerzo de los promotores; hace tiempo vinieron unas brigadas de salud de Ometepec y aunque esos doctores les recomendaban los mismos remedios para lo del dengue que les daban las promotoras, como que la gente le creía más a los doctores que venían de la ciudad con sus batas blancas y sus equipos. Aun así, nosotros estuvimos platicando con la gente, haciéndoles ver esta situación y poco a poco se fue reduciendo este problema y la gente ha ido confiando en nuestros remedios" Testimonio del Promotor Sebastián de UNISUR. (Diciembre de 2012)*

Sin embargo, también existe la otra cara de la moneda y que pese a toda la intención emancipadora, se siguen repitiendo vicios de la biomedicina en modelos que tienen fines organizativos y que procuran fomentar la participación en salud, reproduciendo rasgos estructurales hegemónicos (Menéndez, 1983) como:

4.3.1.-Asimetría en la relación curador-paciente:

Cuando no se socializa el saber, ni se cuestionan los fundamentos epistémicos tiende a mantenerse esta postura jerárquica entre los capacitadores biomédicos, subordinando a los promotores por no tener una preparación universitaria y que la propia comunidad no valora el bagaje epistémico tradicional comunitario, reproduciendo esta lógica del Estado, de la Academia Médica y de las instituciones de salud. Para Fanon (1979) esta relación es producto de la desconfianza, puesto que en una relación colonial, no existe homogeneidad entre el médico y el paciente, por lo tanto el paciente desconfía de la técnica; entonces

esta desconfianza no le permite abandonarse plenamente al proceso de curación y así también se explica otro elemento curativo de la comunidad: que radica en la confianza que produce comunalidad.

> *"Para mí a veces, es más una cuestión de fe y confianza, cuando las sanadoras vienen a preguntarnos de alguna técnica de curación, no es tanto que no sepan o que les preocupa lo que opinemos de su forma de curar, sino que obedece más a cuestionar si somos confiables en el sentido de que nosotros también creamos en lo que ellas hacen." (Médico Sibalaume Sánchez)*

Destaco estas observaciones, porque es un cuestionamiento recurrente para los y las formadores de promotores, además de que en el marco de esta investigación, es la sexta pregunta guía: ¿cómo se pueden diseñar y organizar acciones de defensa de la salud que articulen un proceso de transformación que no reproduzca subalternidad. Y uno de los hallazgos es: la reducción de valorar en exceso valores como la eficacia y la tecnología ante otros saberes, no priorizándolos ante el contacto, la comunicación y el intercambio de saberes, produciendo así mayor respeto mutuo entre los sanadores de diversos orígenes

4.3.2.-Participación subordinada de los consumidores y tendencia a la exclusión de los otros de su saber y prácticas curativas:

Cuando se reproduce el modelo hegemónico en salud, no se busca concientizar a la comunidad sobre la importancia de la medicina ritual en la preservación del tejido comunitario, así como el potencial de resistencia económica que existe en el conocimiento de la herbolaria y de las terapéuticas tradicionales; la tendencia del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1983) orienta la práctica al aumento de la medicalización y a reproducir estas necesidades creadas por el capitalismo. Las estrategias de marketing aplicadas a la salud (Laplacete y Vignau, 2008) con su retórica medico-científica difunden a través de las Nuevas Tecnologías el aumento de necesidades del consumismo médico que dicta la lógica de mercado. En detrimento de la ética comunal.

> *"A veces nosotros no les cobramos a nuestros vecinos, no porque no necesitemos ese dinero, sino que es nuestra manera de hacerles saber que los apoyamos en su enfermedad a través de nuestro saber tradicional y con el favor de nuestras plantitas, estamos con ellos". (Testimonio de Promotora Tere, noviembre de 2012)*

Las promotoras reconocen que esta medicalización les afectaba porque la gente ya tenía necesidades creadas por los emporios farmacéuticos con su discurso de bienestar mercantilizado; por eso les costaba más trabajo hacer un trabajo de diálogo y

concientización, así ellas tenían que combatir estas ideas con argumentos, educación y mucho diálogo entre iguales:

> *"cuando llegaban a venir a nuestros talleres, las mujeres lo primero que nos preguntaban es si les íbamos a recetar vitaminas de las que daba el gobierno (el hierro, el ácido fólico) y es ahí donde empezaba toda nuestra labor de convencimiento y de trabajo con la gente, para explicarles que antes que darles vitaminas, era luchar juntas porque las embarazadas tuvieran mejores condiciones, eso era lo más difícil porque, bueno, las mujeres ya tenían en su cabeza eso, que si no les dabamos las vitaminas, no era bueno" (Testimonio de Promotora Catalina, noviembre de 2012)*

Este aspecto tiene que ver con dos asuntos que lastiman la fé en las promotorías: el primero; el corporativismo que aplica el gobierno federal desde las instancias de salud, programas como Oportunidades o la Cruzada contra el Hambre tienden a hacer reparto selectivo de beneficios para fines electorales; por otro lado, la ideología de profesionalización de la promoción de la salud, desde el enfoque tecnocrático reproduce la invalidación de otras prácticas tradicionales no surgidas del paradigma biomédico. Bajo el argumento de la tecnologización, la eficacia y la celeridad se discriminan saberes como la herbolaria, las sobadas o los hueseros puesto que quizá no tengan el mismo efecto que la medicina alópata, poseen un gran potencial ritual y organizativo.

El proceso de profesionalización de ciertas profesiones, como la salud y la educación en el contexto neoliberal tiende a priorizar procesos de racionalización y tecnologización (Contreras, 2011), mismo que tiende a reducir la autonomía y la creatividad en la educación para la salud y que se refleja en esta descualificación de las promotorías.

Destaco este aspecto, porque las promotorías además de atender la revisión de esta problemática relacional en el proceso de enseñanza-aprendizaje, se han tenido que enfrentar conjúntame a la revisión crítica de contenidos en el proceso educativo a través de prácticas participativas en salud, para así ir transformando no sólo los enfoques jerárquicos de la educación para la salud, sino revalorar la importancia del conocimiento ancestral de los pueblos indígenas, con sus procesos organizativos. Estos enfoques de promoción de salud, que se han detonado a partir del trabajo de concientización han dado como resultado reflexiones más críticas y por lo tanto intervenciones más cautelosas en las prácticas que reproducen relaciones de subalternidad entre pares basados en valores pedagógicos y epistémicos que favorecen la interculturalidad.

4.3.3.-Legitimación comunal de una determinada racionalidad técnica aplicada a las actividades curativas

Las asambleas comunitarias mantienen la ideología colonial, respecto al menoscabo comunitario de la práctica de la partería y la medicina ritual. Para Menéndez, (1983) esta demanda de las clases subalternas de modelos medicalizados, se relacionan con las concepciones en el imaginario colectivo del paradigma bio-médico, pero también con la ideología neoliberal.

Es así como las comunidades avalan la capacitación de las promotorías, siempre y cuando sean impartidas por *doctores*[62] externos (emic) y así les otorgan el reconocimiento externo, ignorando el potencial de la medicina indígena.

> *"En las Asambleas, una de las condiciones que pidió la comunidad para acceder a que se impartiera la licenciatura en salud, es que vinieran los médicos para que curaran a la población, porque como ellos ya habían ido a la Universidad, ya le podían enseñar a los muchachos del pueblo, esa creencia es la que de alguna manera avala mi trabajo por acá". (Médico Sibalaume Sánchez)*

Durante la investigación la promotora Bernarda Macedonio me comentaba que su trabajo no era reconocido por la comunidad y que no le pagaban, en parte porque la gente no tenía dinero, pero también porque la mayoría de la gente no valoraba su trabajo.

Pero a través de los talleres, paulatinamente se ha vuelto a valorar el trabajo de las promotoras, en la medida en que se fomenta la concientización sobre la percepción del trabajo, del conocimiento tradicional, se les da reconocimiento a su profesión. En el caso de Kinal Antzetik en su labor de gestoría y de interlocución ante instancias gubernamentales han ido ganando reconocimiento comunitario y poco a poco se ha ido transformando la percepción social de estas promotorías. Lo mismo sucede con el caso de UNISUR y sus promotorías en la parte del municipio de Marquelia, que empiezan a incidir en el imaginario colectivo de las generaciones más jóvenes, a través de sus talleres y campañas comunitarias.

La opinión de los medios de comunicación y la presencia que empiezan a hacer estas promotorías en ámbitos académicos, ciudadanos y religiosos han ganado espacios de incidencia en esta percepción social de las promotorías que surgen en medio de la crisis del paradigma bio-médico. Pese a que falta mucho por incidir en la percepción comunitaria, las promotorías y su quehacer van impactando a las comunidades, luchando a contrapelo por identificar elementos que obstaculicen la participación de las comunidades

[62] Entendiéndose como: varones, universitarios, formados en los esquemas jerárquicos y "blanqueados" (en la cosmovisión occidental) en la medicina biomédica.

en el reconocimiento a su Derecho a la Salud, algunos de ellos se describen a continuación:

4.4.- Obstáculos de la participación comunitaria en salud

Respecto a los elementos identificados en el trabajo del campo que han ido menguado la participación comunitaria en la búsqueda por mejorar la salud comunitaria, algunos son de carácter regional y acciones discriminatorias de las instituciones de salud del Estado, hacia los saberes tradicionales, causadas por la ideología neoliberal y su cultura cientica que legitima paradigmas hegemónicos de la ciencia y que las comunidades no cuestionan los contenidos de poder que se ven reflejados en las prácticas de Promoción de la Salud medicalizante y colonizadora de todos los procesos de la vida humana:

4.4.1.- Medicalización institucional exacerbada:

Este fenómeno va de la mano, con la implantación de la lógica neoliberal en todas las esferas de la vida humana, comenzando con el control del cuerpo y sus tecnologías para el control de la especie humana. El dominio de la **industria de la salud** en nuestra sociedad se ha producido como expresión hegemónica de la biopolítica. La colonización de los procesos de vida-muerte de la especie humana se extienden hasta los niveles más íntimos: la vida, la muerte, la reproducción, el cuerpo y todas sus tecnologías. (Foucault, 2004). La concepción de la materialidad humana, entendida como territorios a colonizar a través del control del cuerpo-territorio (Chapela y Cerda, 2010) son parte de esta ideología neoliberal que se refleja en los procesos de atención a la salud.

El monopolio farmacéutico ha legitimado sus patrones de consumo (Laplacette y Vignau, 2008) a través de las autoridades sanitarias del Estado, en gran medida apoyandose en los medios de comunicación (Rodríguez, 2010) los cuales, han diseñado cuidadosas estrategias de venta con detallada retórica médica capaz de generar necesidades en la población. Los medios electrónicos diseminan esta ideología sin contrapeso crítico alguno, tan repetidamente que influye de manera inmediata en el imaginario colectivo.

Como muestra de este poder mediático en la región es el impacto de los lemas publicitarios de campañas de salud que asocian el uso de productos bloqueadores y bronceadores solares con la belleza y la salud, logrando muchas ventas y convirtiéndose en una necesidad producida por los emporios comerciales.

Esta colonización médica se acentúa con la devaluación de la práctica de la medicina tradicional por parte de las propias comunidades, que no cuestionan la reproducción de estas ideas discriminatorias que van menguando la cultura de organización en salud; como en el caso de las parteras y curanderas, discriminadas frecuentemente por las instituciones de Salud del gobierno y pese a tener nociones de los efectos negativos de esta discriminación, la población reproduce estas ideas al momento de elegir con quien atenderse y preferir la atención hospitalaria, pese a que en la mayoría de los casos resulta más perjudicial para ellos por las condiciones de infraestructura, los requisitos burocráticos para acceder a la atención, la discriminación del personal médico y en la mayoría de los casos por las iatrogenias severas causadas por negligencia médica.

En entrevista la señora. Juana, partera de Zitlaltepec, menciona que las mujeres jóvenes que tienen mayor acceso a medios de información prefieren acudir al hospital de Tlapa, mientras que las mujeres mayores le tienen más confianza a las parteras para las revisiones durante el embarazo, sin embargo cuando llega el momento del alumbramiento, prefieren atenderse en el hospital. En los trabajos de Berrio (2013) también se analiza el papel de la medicalización en el imaginario colectivo y como esta va mermando la confianza de las generaciones jóvenes hacia las parteras como una opción de atención a la salud.

La Promoción de la Salud institucional difunde estrategias de marketing y comunicación de la salud en detrimento de las parteras y sus saberes, influyendo en el menosprecio a estas prácticas que son calificadas como propias de “gente incivilizada”, en contraposición existe la concepción de que el sistema hospitalario y el parto en hospital son la panacea que alivia todo mal ignorando el contexto y la problemática real de desabasto crónico; esto provoca que la profesión de las parteras tenga un severo problema de falta de reconocimiento a sus prácticas y saberes tradicionales por la misma comunidad y que por el dominio ideológico del Modelo Médico Hegemónico en el aparato sanitario ellas sean excluidas y condenadas por el personal de salud en la mayoría de los casos.

Kinal Antzetik y UNISUR comentaron que en diversas ocasiones padecieron esta ideología al confrontarse con políticos regionales y federales al interpelarlos respecto a las ausencias en el Sistema de Salud.

4.4.2.- Prácticas sexistas por ideologías de género, alcoholismo y violencia comunitaria.

Otro elemento importante que impacta la construcción de la autonomía en salud es el aspecto de género y las relaciones que se construyen en las organizaciones indígenas basados en estereotipos e ideologías de género, porque éstas relaciones reproducen sexismo en la formación de los Promotores y las Promotoras de salud. En los casos estudiados, todas las mujeres promotoras de salud han tenido que disputarse el "derecho" a formarse como promotoras, con el imaginario machista que existe en toda la región (Dircio, Espinosa, Sánchez, 2010) y han tenido que defenderlo violentamente para ser reconocidas (aunque no valoradas) por sus comunidades y tener que someterse en muchos casos a la justicia comunitaria, que tiene elevados tintes de **justicia patriarcal.**

El imaginario sexista reproduce en la región la idea de que las mujeres "no pueden" con ciertos trabajos públicos, además de lo doméstico, de ahí que hayan tenido que demostrar su capacidad a través de duras pruebas públicas, de ser exhibidas, cuestionadas y de tener que masculinzarse para ser respetadas y tener credibilidad ante los varones (Martínez y Sánchez, en Espinoza, 2010). En una charla informal, Felícitas Martínez, otra Coordinadora de la CRAC-PC, me platicaba que ella cuando inició el ejercicio del cargo comunal no decía groserías ni era mal hablada, pero que muchos policías no la respetaban, hasta que empezó a hablarles con insultos y gritos.

Durante el tiempo de la investigación me tocó acompañar a la Sra. Asunción en algunos casos donde se tenían que dictaminar sanciones en casos de violencia hacia las mujeres; en varios de éstos casos, tenía que debatir con otros coordinadores varones los fallos, que regularmente eran parciales hacia los hombres (Arteaga, 2013).

Recuerdo un caso específico en una de las comunidades cercanas a la Costa, donde una mujer era jefa de familia y el esposo había migrado a Estados Unidos a trabajar, mientras ella se quedaba en Guerrero con tres hijos; el dinero que mandaba su esposo era insuficiente, porque además era repartido primero en la familia de la suegra de esta mujer, (que llamaremos Esperanza). Ante esta situación la mujer tuvo que buscar trabajo en Tlapa en una fonda preparando comida; esta situación le acarreó problemas con la familia del marido, quienes le disputaron la custodia de los hijos, argumentando descuido y promiscuidad; en ese caso, Doña Asunción enfrentó una pelea con el resto de coordinadores varones, los cuales dictaminaron quitarle la custodia de los hijos a Esperanza y además pretendían encarcelarla por robo. Ante esto, recuerdo que en esa ocasión, la señora Asunción, nos mencionaba que de tanto enojo de la pelea por hacer

respetar los Derechos de las Mujeres ante los coordinadores varones:

"*hasta enferma me puse del coraje, porque me dejé ganar*". *(Testimonio de la Sra. Asunción Ponce, noviembre de 2012)*

En ese mismo orden de ideas, Obando (2008) reflexiona en torno a violencia como método del colectivo masculino para mantener sus privilegios de género y que ésta se potencia en los conflictos comunitarios o guerras, con el fin de mermar culturas y en la mayoría de los casos, las mujeres son el medio a través se logra dominar los escenarios de conflicto, cambiando la lógica de *poder-para*, por la lógica de *poder-sobre*. Esta relación determina muchas relaciones no sólo en la región, sino en todo el mundo. Y pensamientos de este tipo están destruyendo actualmente las instituciones comunitarias indígenas y el tejido social de la región.

> *"Cuando fue el conflicto con la UPOEG, nosotras realmente teníamos la preocupación de ¿qué pasaría con nosotras?... En algunas Asambleas, muchos coordinadores hablaban más por puro coraje entre ellos, pero no pensaban en una buena solución para nosotros los pueblos. Y varios talleres y brigadas que eran importantes para la salud de nuestros niños, no se realizaron que por peleas, que por enojos...hasta nosotras nos dio un mal aire de tanto enojo, porque en Cochoapa, había una epidemia de ronchas muy feas que les estaba dando a los niños ¿y los Coordinadores?... ya muchos sabían bien de eso !si¡ y en lugar de apoyar para que se llevaran a los médicos, se suspendió y toda la Asamblea se trató de pura pelea, que yo no digo que no sea importante discutir el conflicto, pero finalmente nada se arregló y lo de la salud tampoco se solucionó". (Testimonio de la Promotora Reina Bello, Octubre de 2012)*

Las Promotorías de Salud en la región, con estas intervenciones han buscado paliar el problema epidemiológico de la violencia, incidiendo a través del cuestionamiento de éstas conductas, a través de la re-construcción del tejido comunitario, pese a los riesgos a la salud que implica para muchas de ellas: estrés postraumático, situaciones de maltrato físico o verbal, violencia sexual, violencia comunitaria, imposición en el cambio de roles en su comunidad y oprobio comunitario.

El imaginario indígena reproduce esquemas conductuales de virilidad violenta, que ellas con su acción organizativa y su denuncia permanente, lejos de alimentar la confrontación, visibilizan que tanto mujeres, como varones son objeto de despojo, colonización y abuso. Con esto no niego que las mujeres en un contexto violento no se vuelvan reactivas ante esta conducta, sin embargo, lo que quiero destacar es la resiliencia[63] femenina de estas

[63] Resiliencia como capacidad de afrontar situaciones de manera airosa, ante contextos de mucho estres, y que ponen en riesgo la vida.

promotoras ante los conflictos políticos de la región puesto que pese a estos estereotipos, obstáculos sexistas, las promotoras de salud siguen construyendo tejido social comunitario. Retomando el discurso de la relatividad cultural, no quiero afirmar que todas las prácticas culturales indígenas sean violentas y con esto justificar que los pueblos indios no tengan derechos constitucionales; si bien es cierto que algunas prácticas sexistas y violentas hacia las mujeres son consentidas y apoyadas por la cosmovisión patriarcal

Parte de este poder curativo de la comunidad, radica en las prácticas no-violentas y en ese sentido, voy a destacar lo que afirma: Hermelinda Tiburcio (2009) cuando define el empoderamiento como el acto de:

> "*trabajar, capacitarse, tomar decisiones y que la mujer encuentre la libertad de ser ella misma, se va construyendo sin destruir a los otros, sino saber compartir con el otro"* (Tiburcio, 2009:12)

Quiero destacar el papel curativo de la acción social en salud, porque a pesar de la violencia hacia lo femenino, las promotoras con su actitud organizativa van construyendo una **micropolítica de reconciliación** que va paliando y sanando esta epidemiología de la violencia comunitaria. (Theidon, 2004) Esto no implica que se idealice su acción comunitaria y que se vuelvan pasivas receptoras de la problemática comunitaria, sino que a través de la búsqueda de canales de participación social, la comunidad se mantiene unida y busca formas de resistencia política. La medicina ritual usada por las promotoras, ha tenido una finalidad terapéutica muy importante porque va reinscribiendo espacios en el entorno social, aunque en ciertos espacios hayan sucedido eventos violentos, cuando ellas se lo reapropian van sanando y unificando a las colectividades a partir de la reconstrucción y la reconciliación[64.]

En uno de los Aniversarios de la CRAC-PC, mientras apoyaba con los preparativos de las mesas de trabajo, el Profesor Delfino Ramos, de San Luis Acatlán me contó que antes San Luis Acatlán tenía muy mala fama porque en ese lugar el gobierno asesinó al profesor Genaro Vásquez y que desde entonces era un lugar triste para muchos guerrerenses y que a partir de la creación de la CAMI, ese lugar cambió, las mujeres lo resignificaron a través de la organización y de la lucha, hecho que para los hombres resultaba un ejemplo de trabajo.

[64] Como en el caso de las CAMI de San Luis, cuando se reúnen a enterrar los ombligos, es un ritual de saludo a la vida, ante la lucha que libraron contra la muerte materna, la toma simbólica de hospitales, los rituales para sanar mujeres colectivamente, son momentos de resignificación y sanación comunitaria.

Otra práctica sexista que se exacerba con el consumo del alcohol, es la de no practicar el auto -cuidado en el caso de los hombres; el discurso de virilidad violenta, que estereotipa a los hombres que no atienden su salud, como un rasgo de valentía y falsa fortaleza, es parte de una concepción cultural de las masculinidades latinoamericanas; sin embargo, la ausencia de este auto-cuidado, cuando se junta con la problemática del alcoholismo es una mala combinación que como ya revisamos tiene efectos en el panorama epidemiológico pero también se convierte en una estrategia de control político, para los movimientos autonómicos, porque debilitan a los movimientos a partir de enfermedades (CIEPAC-CIDECI, 2006). Mientras que aumenta el patrón de consumo de alcohol, porque con la apertura comercial en las comunidades, se tiene acceso a formas de alcohol que antes no llegaban a la zona: como cervezas, tequila, vino comercial y otros productos.

En ese sentido, a partir del carácter apoderante de la Promoción de la Salud y del impacto en la defensoría al derecho a la salud que ya ejercen los pueblos indios de la región, problematizo ¿cómo es que un territorio que busca su emancipación política, no es capaz de emanciparse del Monopolio Alcoholero[65], ni de la violencia que rompe con su tejido social comunitario? ¿Es posible construir una resistencia ante esto? Destaco estas preguntas del debate, porque en el sentido de la determinación social de la enfermedad, es relevante considerar que en otros movimientos indígenas de resistencia política y militar, existen testimonios de que pueblos completos han optado por eliminar el alcohol de sus comunidades, como los zapatistas quienes a través de concientización de autocuidado comunitario tuvieron de un proceso de reflexión-acción, para erradicar enfermedades causadas por el alcohol: cirrosis, úlcera, desnutrición, heridas por machete u homicidios por peleas. (Bellinghausen, 2009). Los efectos en la salud pública de las comunidades politizadas por el zapatismo, indican un logro importante en la reducción de la violencia y de las enfermedades causadas por alcohol de mala calidad.

Pero en el caso de Guerrero, el alcoholismo colectivo se convierte en una forma de fuga ante conflictos políticos, o como alternativa para resolver una tensión extrema. Y como una forma socialmente aceptada para abordar conflictos políticos quitándole la tensión que pudiera generar un abordaje directo de problemáticas políticos. En ese sentido, el alcohol se convierte en un mecanismo para enfrentar la soledad social, aunque socialmente sólo está permitido para los varones que con el aumento del alcoholismo se expone a las mujeres a la violencia de género.

[65] Para Menéndez, Eduardo, (1988) el Monopolio Alcoholero lo integran también las instancias públicas jurídicas y políticas que regulan la venta de alcohol, las instancias de salud y por supuesto, los medios de comunicación.

Estas prácticas sociales sexistas, limitan y contradicen los discursos anti-hegemónicos que cuestionan al gobierno, pero que al interior de las organizaciones reproducen formas de opresión hacia las mujeres (Sierra, 2010) y que pueden ser un punto débil de éstos proyectos políticos.

Un recurso muy interesante que tienen las promotoras para enfrentar la lucha por su derecho a la salud, es la educación para la paz y las prácticas de medicina ritual como forma de apoyo mutuo y de comunalidad. En la observación de campo encontré algunos elementos religiosos que las promotoras mantienen como parte de su acervo comunitario para paliar el desgaste emocional que implica trabajar la salud en este contexto, que se consideran muy femeninas, como: la lectura de cartas, la interpretación de sueños, la lectura del maíz,[66] y la realización de limpias energéticas para sanarse emocionalmente, porque les ofrecen una estrategia de contención ante la violencia masculina y se convierte así en una forma de resignificación curativa, porque colectivamente abordan temas como la muerte de compañeras, los asesinatos hacia otras mujeres, la violación sexual hacia otras mujers y que se convierten en rituales de reparación de daños, o también una forma de elaborar el duelo por la impunidad política en la región, o de lidiar con la justicia comunitaria, que muchas veces tiene tintes de justicia patriarcal (Arteaga, 2012). En ese sentido el papel sanador de los rituales comunitario favorece la solidaridad y la movilización colectiva, y son una forma de afrontar los efectos colectivos de un trauma, porque como señala Beristain (2007)

> *"La posibilidad de celebrar los ritos y ceremonias hace que la gente pueda evitar emociones y se encuentre menos bloqueada, pero no por ello van a mostrar menos sufrimiento emocional" (p. 27)*

La manera en que las mujeres tejen esta organización comunitaria, resignificando experiencias, y manteniendo un límite no-violento a las organizaciones patriarcales, es una alternativa de educación para la paz, que mantiene el tejido social unificado y que pese a los embates del Estado y sus instituciones; la acción colectiva en salud repara rupturas, crea opciones ante la violencia comunitaria y mantiene resistencia.

Por otro lado, la búsqueda por la equidad entre géneros puede ser considerada como una aportación par a la lucha emancipatoria, que se ha tejido desde el seno de las comunidades dando una alternativa política a la gestión y organización comunitaria. Con

[66] También se practica otra forma de adivinación, pero ésta se realiza en comunidades tlapanecas y consiste en medir el hueso del antebrazo para afirmar o negar algo.

todas estas observaciones, destaco el rol organizativo y potencialmente reparador de las mujeres promotoras de salud y su incidencia al interior de las comunidades; sin embargo no niego la necesidad de sensibilizar más a los varones para trabajar más en estos modelos de masculinidad violenta hacia las mujeres para que ellas no tengan la necesidad de invertir tanta energía extra en conseguir más apoyo en sus labores como promotoras de salud. Del mismo modo, destaco que a pesar de esa actitud conciliadora al interior de las comunidades; al exterior y con los funcionarios del Estado, ellas tienen otra actitud mucho más combativa en la lucha por exigir su Derecho a la Salud.

4.4.3.- Ausencia de auto-cuidado

Otro elemento que encontré, y que no estaba contemplado en mi guía de investigación, es la falta de auto-cuidado y de auto-atención de las promotoras y promotores. La paradójica situación de ser promotoras de salud y padecer diversas enfermedades, habla mucho de la percepción comunitaria de escasa importancia a su propia salud; en ese contexto, también encontré que las promotoras fungen un papel catalizador de su acción organizada, de como con su práctica transforman la violencia comunitaria en organización y en expresiones de creatividad, salud y vida al interior de la comunidad.

De ahí la necesidad de revalorar su acción y que desde el Ciclo de Smyth, (1991) en la fase de Inspiración, la cuál metodológicamente responde a la pregunta: *¿qué inspira mi práctica*?; ellas han tenido un proceso empírico de toma de conciencia importante, referente a los efectos de su trabajo en la región, los cambios que se han logrado paulatinamente y les ha dado elementos para valorar más su poder individual para cuidarlo mejor.

Las promotoras tienen un exceso de responsabilidad por los cargos cívico políticos que ejercen al interior de sus comunidades, que deterioran su salud, porque están sometidas a demasiadas responsabilidades políticas, además de las domésticas que las van recargando de trabajo y de exposición a la violencia comunitaria.

En la mayoría de los casos las promotoras sufrían casos de violencia, enfermedades y desnutrición, además de algunas secuelas emocionales por estar expuestas al maltrato y a la violencia comunitaria.

- Trastornos emocionales: Estrés, síndrome de ansiedad y de *burned-out*, depresión, angustia, problemas de sueño, cefaleas constantes, irritabilidad nerviosa.
- Enfermedades digestivas como: Desnutrición, Sobrepeso, estreñimiento, colitis

nerviosa, enfermedades del colón, hipersensibilidad a varios grupos de alimentos.

- Enfermedades espirituales: coraje, espanto, mal aire y mal de ojo, daños

Estos desórdenes en la salud de las promotoras pone de manifiesto que las colectividad, le concede poca importancia al autocuidado, y que en algunos lugares aun influyen mucho los viejos paradigmas[67] de militancia política escindida de la parte afectiva y de las relaciones sociales en la construcción de proyectos políticos.

Otro elemento para aportar a esta reflexión consiste en que la mayoría de las promotoras tenían muchos roles en su comunidad y por lo tanto siempre estaban expuestas a muchas tensiones entre su rol doméstico y su rol comunitario. Puesto que la familia o la comunidad demandaba la exigencia doméstica, mientras que las instituciones comunitarias de salud requerían cada vez mayor presencia para su funcionamiento adecuado. Sin embargo en el caso de las mujeres, el nivel de exigencia era mayor y esto las mantenía en tensión constante, como lo expone Bernarda Macedonio:

> *"Yo me tenía que parar a las 4 de la mañana a moler maíz, echar tortilla, apurarme con mis trastes y con todo lo de la casa, a veces ponía a mi hijita y le decía yo: ¡ándale mi hija hay que apurarnos! Para que me alcanzara el tiempo y pudiera yo con todo, sin que mi marido me anduviera regañando de que no hacía yo las cosas. De ahí me tenía que ir a preparar todo para recibir a los doctores que nos darían la capacitación y que no tuviera yo ningún problema con nadie...y acababa yo cansadísima de todo, pero valió la pena, pues porque así aprendí mucho de lo que sé y fui involucrando a mi familia, a mis hijas con más conciencia"*

Las promotoras y promotores están expuestos a casos complicados de violaciones de derechos humanos y a situaciones de violencia extrema tanto comunitaria, como del gobierno. Estas situaciones los mantienen en situaciones de riesgo constante, de manera ininterrumpida y que con la gran demanda de su presencia; cuentan con poco tiempo para regenerar sus niveles óptimos para evitar el desgaste. Y por la escasa sensibilización de las comunidades ante la problemática de salud, tienden a experimentar cierta soledad ante el afrontamiento cotidiano de problemas comunitarios (Beristain, 1994).

Como lo mostraré con este ejemplo de la Promotora Asunción, que tenía diversos cargos políticos como ya lo mencioné antes. Una tarde comentando en una plática informal con Doña Asunción, la acompañé a Yoloxóchilt a buscar un huipil que pretendía comprar, me comentaba que ella muchas veces se sentía preocupada por cosas del cargo que ejercía...

[67] En algunas organizaciones políticas mixtas de los años setentas, se estableció una forma de relacionarse entre militantes de izquierda, que priorizaba las relaciones "racionales", entre militantes de estas organizaciones; las cuáles según Raquel Gutiérrez (2010) estaban reguladas por el partido o grupo político y daban indicaciones específicas de como debían ser los patrones de masculinidad al interior de éstos grupos.

”Muchas veces los problemas de acá (de la Casa de Justicia) me los llevo a la casa y ando piensa y piensa: ¿Cómo le voy a hacer?, ¿Cómo lo iré a hacer para resolverlo?. Si hay muchos casos graves que no me dejan en mi cabeza, porque los traigo ya en la mente, pues, pensándole... Por ejemplo ahora que viajo acá contigo en el camino y miro los árboles, la gente, el camino y platicamos juntas me distraigo un ratito....pero de vuelta el problema llega a mi mente, cuando voy a mi casa sigo preocupándome por eso y eso me angustia, y hasta hace que ande yo discutiendo con la familia”. (Testimonio de Doña Asunción Ponce, octubre de 2012)

A pesar de las estrategias que han generado, las organizaciones comunitarias, planifican poco sus intervenciones, y por lo tanto no existe una organización de las tareas y existe más propensión al desgaste. Por otro lado, los vínculos de apoyo mutuo, en relación con la comunidad son débiles. Esto tiene que ver con la percepción de las comunidades a las tareas de las promotoras y los promotores, así como con la discriminación que ya abordé previamente, pero también con la falta de conciencia colectiva del potencial organizativo, reparador y contingente de la práctica de éstas promotoras en la manutención del tejido social comunitario.

En diversas entrevistas, algunas pacientes de las parteras comentaban que sus esposos devaluaban la práctica de las parteras y no les parecía muy adecuado atenderse con ellas, sin embargo, no tenían opción por las condiciones económicas de la región; esto era paradójico, porque pese a no tener mucho reconocimiento por su labor en salud; la comunidad si les reconocía su liderazgo y sabiduría en asuntos de índole doméstica, ritual, comunal o espiritual.

En otra ocasión la maestra Bernardita me comentaba que estaba acostumbrada a que la gente no le pagara nada por sus servicios, por las plantas medicinales que les compartía o por sus conocimientos, pero que a veces iban a buscarla desde la comunidad de Santa Cruz del Rincón para pedirle consejo de vida, respecto a problemáticas más espirituales[68].

4.4.4.- Violencia comunitaria

La violencia comunitaria está relacionada con el control masculino y el controlar entre los pueblos, es una forma de mantener el control en el territorio. En la región se han experimentado muchos tipos de conflictos tanto con el Estado con sus prácticas paramilitares para someter las prácticas autonómicas, como con el narcotráfico por

[68] En algunas ocasiones comenta que ayudaba en costumbres o rituales comunitarios para el beneficio colectivo, o que por su labor docente, a veces recibía visitas de varias personas que le solicitaban algún consejo.

imponer su dominio comercial en la región, pero también han existido luchas internas como ya describí en el primer capítulo.

Aunque no es tema de ésta investigación, referiré someramente el conflicto que recientemente ha producido un divisionismo crítico en la región, por la escisión que se vive actualmente entre la UPOEG y la CRAC-PC; porque éste ha producido mucha violencia comunitaria que ha impactado negativamente a las Promotorías de salud en la región. Este proceso además de dañar el tejido comunitario, deteriora la salud mental y la calidad de vida de las promotoras y de las comunidades:

Durante mi investigación, se suspendieron dos talleres de salud para las mujeres por los conflictos políticos, ante esto Doña Asunción me explicaba que le daba mucha pena que nosotras fuéramos desde la ciudad a dar el taller y que no hubiera condiciones por la problemática regional, y que eso le causaba mucho *sufrimiento*.

En el caso de Kinal Antzetik, Apolonia también experimentó dificultades y desconfianza de otras mujeres para promover los talleres de partería en ciertas comunidades. En ese sentido, la profesora Edith Herrera, *(Edith-Na-Saavi)* lamenta mucho estas rupturas en el contexto, porque: ...

> *"...esos talleres sí eran muy necesarios en este momento, porque acababa de pasar lo del Huracán Manuel, dejando mucha devastación por acá para la gente de la montaña muchos perdieron todo, algunos hasta la vida y otros no tienen casa, no tienen comida y mucho menos con qué curarse" (Testimonio de la Profra. Edith Herrera)*

En ese sentido, destaco los **efectos de esta conflictividad social en la salud** de las promotoras, puesto que muchas promotoras referían padecer dolores de cabeza, *sufrimiento (emic)*, tristezas, pérdida de apetito, stress pos-traumático, y algunas padecían también desnutrición y fatiga crónica. Estos síntomas también son reflejo de la violencia que dañaba su salud emocional por los problemas comunitarios, puesto que en el conflicto antes referido, varias veces las promotoras tuvieron que intervenir para tranquilizar a la comunidad pese a ponerse en riesgo; y en otras definitivamente no tenían manera de llevar a cabo las intervenciones en salud comunitaria, generándoles este hecho mucha frustración e incertidumbre.

Aunque ellas no lo reconocen como estrés, muchas promotoras lo padecen, por ejemplo: después de las Asambleas más complicadas donde se dividieron las instituciones comunitarias, en los caso de Doña Asunción y de Apolonia, padecían insomnio, miedo, agotamiento, sensación de abandono, "cosquilleo" en las manos, "nudos" en la garganta,

“nudos” en el estómago, como si les robaran la fuerza (emic) y estados de ansiedad recurrentes. En el caso de otras promotoras provenientes de El Mezón y de Iliatenco, que constantemente recibían agresiones verbales, padecían gastritis, o colitis constante

Respecto a los obstáculos que más perjudican el ejercicio de la Promoción de la Salud de éstas promotorías, les hice una pequeña encuesta, encontrando los siguientes resultados:

Diagrama 3: Gráfica de obstáculos en la práctica de la promoción de la salud comunitaria

De los obstáculos más destacados que ellas y ellos refieren como obstáculos en la práctica de Promoción de la Salud en la región, es la violencia comunitaria que incide negativamente en el aspecto del autocuidado comunitario y que les genera condiciones de riesgo a su salud y a su práctica profesional como tal; puesto que la medicalización exacerbada, las prácticas sexistas y la escasez de autocuidado no son impedimentos tan serios, como la violencia comunitaria. Para ellas, las primeras les han obligado a adquirir elementos de diálogo o negociación para enfrentarse a ellos, sin embargo ante la violencia comunitaria, es mucho más complejo generar alternativas de manera individual.

Pese a todos estos obstáculos detonadores de creatividad y resiliencia, ellas pudieron encontrar herramientas que fortalecieron sus acciones colectivas en salud.

4.5.- Fortalezas de la participación comunitaria en salud

Retomando el Ciclo de Reflexión de Smyth (1991) en la fase de confrontación de la práctica docente, pongo énfasis en la labor de cuestionamiento a los modelos de participación en salud que de manera empírica las promotorías han hecho, y que las ha llevado a la reconstrucción de su práctica. En esta nueva etapa de reconstrucción, han tenido que visibilizar las tensiones del contexto económico, político, las diferencias culturales, sus propias carencias, su problemática subjetiva, para ir discutiendo alternativas de acción con la comunidad, pero sobre todo reconstruyendo críticamente su trabajo en salud, que ha generado muchas potencialidades en la capacidad comunitaria de afrontar problemáticas en salud, de entre ellas destaco:

4.5.1.- Nuevas redes sociales y prácticas emancipatorias

La construcción de comunidad que hacen las mujeres a partir de éstas prácticas de resistencia, es un cambio en la **visión de familia** y es un ejercicio muy interesante porque es una forma de subsanar el individualismo de las instituciones del estado. Por eso, me interesa hacer hincapié en la forma comunal de construir nuevos acuerdos domésticos que impactan en la restauración del tejido social comunitario, así como en la construcción de relaciones más democráticas y participativas; los acuerdos que las promotoras construyen ampliando el concepto de familia, sacándola de los paradigmas patriarcales-coloniales, que la han restringido exclusivamente a entenderla desde los lazos de consanguinidad, se van superando en el ejercicio comunitario de explorar intercambios más allá del parentesco. En la práctica de la salud, las promotoras construyen otros vínculos de **redes más extensas**, que los lazos familiares, por ejemplo: madres prestando servicios de ayuda para cuidar hijos,[69] prestar alimentos, dinero o cuidados a otras mujeres; en el caso de las parteras estas acciones de solidaridad son recurrentes y ayudan a revalorizar los nuevos modos de producción y de alianza entre pueblos (Martins, 2012). Los lazos familiares se entienden

[69] Incluso la práctica de la lactancia compartida, es una práctica que resignifica la maternidad, el compartir y ayudar a otras mujeres que no necesariamente son de la familia nuclear. En las comunidades esta práctica además de ayudar a otras mujeres, crea vínculos fuertes de espíritu asociativo.

así como un recurso comunitario no sólo material, sino simbólico que incide en la construcción de comportamientos comunales, y favorece la vida asociativa y comunitaria.

> "*El proyecto de medicina tradicional que haré con mi comunidad, busca difundir la confianza en las familias, puesto que algunas conocen ciertas plantas y saben para que sirve, pero a algunos les avergüenza ese saber, y sólo se conoce entre la familia, se lo van pasando sólo a sus hijos. [Por eso] yo quisiera rescatar los saberes tanto de Hueyca [Hueycantenango] como del Rincón para que se haga una convivencia entre las familias, como antes se daba en los tequios. Allá en Hueycantenango todavía se hace así cuando el padre (sacerdote católico) nos llama a trabajar en el tequio para arreglar la barda del albergue y se comparten no sólo los problemas, sino también las cosas buenas como la salud, nosotros a veces llevamos la música con nuestra banda musical y cada quien aporta lo que puede para la comida y también así se comparten las tradiciones; y así también yo quisiera que se comparta el saber de cosas que nos darán salud". (Promotora Marisol de UNISUR, enero de 2013)*

Con estas prácticas se fomentan también los intercambios solidarios, el trueque y el apoyo mutuo como forma de intercambio comunitario, y de socialización comunal que fomenta las prácticas de donación, recepción y sobre todo retribución en las relaciones de ciudadanía comunitaria.

4.5.2.- Creatividad y bilingüismo

Cuando transmiten conocimiento tradicional, la forma en que las promotoras mixtecas se comunican en sus lenguas, es muy peculiar, porque buscan la manera creativa de hacerse entender entre ellas, aunque no hablen la misma lengua indígena, por ejemplo entre tlapanecas y mixtecas son capaces de abordar temas complejos y sensibles, aunque no hablen el mismo idioma, pero buscan la manera de hacerse entender.

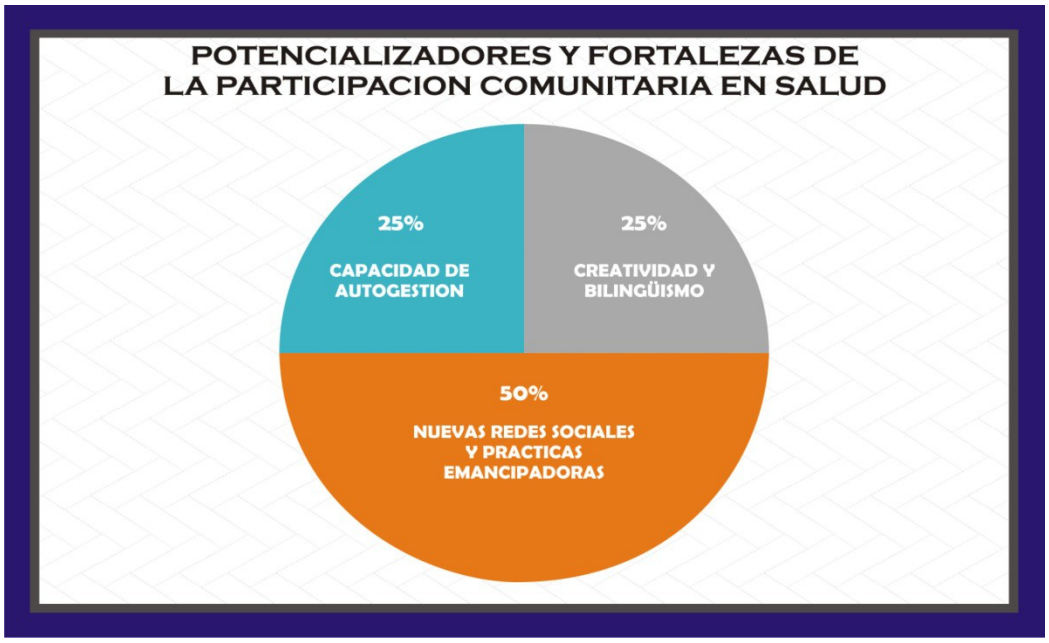
A través de estas redes extensas, de acompañamiento en rituales, de hacer peticiones colectivas a funcionarios, o cuando convencen a un hombre de que permita que su esposa sea atendida en instancias de salud. Aunque no se comprenda del todo el idioma en cuestión, buscan la manera de comprenderse y apoyarse mutuamente, y de crecer esos lazos de solidaridad en salud. La capacidad de resiliencia que las promotoras tienen ante las dificultades está llena de creatividad y de recursos pedagógicos muy interesantes de las que las promotoras echan mano para compartir su conocimiento, éstas técnicas van desde hacer dibujos, hasta nombrar traductoras y hacer cadenas de comunicación para darse a entender.

Durante los talleres de Kinal Antzetik, observé como se realizaban estas prácticas creativas para nombrar los Aparatos y Sistemas en me´epha y nu savi; del mismo modo en los

talleres que Bernandita realizaba en la CRAC-PC, se realizaban interesantes iniciativas con los herbarios para explicarse como se llamaban en mixteco o tlapaneco, y para que los utilizaban en diferentes regiones.

4.5.3.- Capacidad de autogestión

Otra característica que tienen las Promotorías, es la capacidad para allegarse los recursos para formarse como promotoras, tanto para conseguir insumos que les pueden servir en su práctica, como para buscar apoyo de algunos actores externos para que les den alguna capacitación. Algunas de ellas tienen acceso a ciertas tecnologías, donde consiguen documentos y material, otras elaboran los propios, pero resuelven colectivamente la forma de aprender conjuntamente. En el caso de las Promotoras de la CRAC-PC, se organizan para conseguir los insumos con que van a preparar sus productos. Lo mismo con UNISUR, aunque las estudiantes se organizan también para vender algunos productos del campo, artesanías, jabones y productos medicinales elaborados por ellos mismos para así financiar sus estudios. En el caso de Kinal Antzetik, algunas promotoras tienen un proyecto de costura, artesanía y bordado, también establecen redes comerciales externas para allegarse recursos por sí mismas.



.

Respeto a la identificación de fortalezas que ellas y ellos mismos mencionan como instrumentos que potencian su actividad, en primer lugar reconocen la existencia de nuevas redes sociales, que facilitan el desarrollo de su acción educativa en salud; otra habilidad

muy interesante que flexibiliza la posibilidad de compartir el saber y los conocimientos colectivos es la creatividad pedagógica y la posibilidad de bilingüismo, como un recurso para transmitir el conocimiento. En algunos talleres observé como se hacían herbarios de plantas con el nombre científico, el nombre en tlapaneco, mixteco, amuzgo y en español. También en algunos talleres de Kinal se buscaban esquemas del aparato reproductivo y se ponían los nombres en mixteco y tlapaneco para que las promotoras los identifica

4.6.- Reconstrucción de la práctica

La toma de conciencia de su realidad objetiva hace que las Promotorías puedan reconstruir su práctica, retomando elementos que les fueron útiles en el proceso de transformación de su práctica y que facilitaron los procesos de organización se fueran consolidando son elementos claves en este trabajo para dar cuenta de los procesos educativos en salud que transforman realidades y proyectos.

En el Ciclo de Smyth (1991) en la fase de Reconstrucción de la Práctica docente se contesta la pregunta ¿Cómo puedo hacer de otra forma lo que hago? y la experiencia de las promotorías describe empíricamente las fases de este proceso de enseñanza-aprendizaje cíclico, que las ha llevado a una importante toma de conciencia colectiva de situaciones presentes en la salud y en la educación; y que Chapela (2013) considera fundamentales para replantear la práctica de la Promoción de la Salud con un enfoque liberador, puesto que se logra:

- Acción cultural concientizadora de subordinación, coerción y consenso
- Sociedad política y cívica a través del fortalecimiento de la acción civil.
- Papel contrahegemónico (identificando el rol de intelectual orgánico de los profesores).
- Reconocimiento social de la existencia de la hegemonía de mercado y acceso restringido a la riqueza.
- Mejoraría en las estrategias locales para enfrentar los problemas de la enfermedad-atención.
- Desarrollar habilidades para analizar y producir discursos capaces de establecer otros parámetros de validez y validación del conocimiento.
- Incluir conocimiento experto disponible local y externo como parte de la formación de las promotorías.

- Considerar el conocimiento experto como el tipo de conocimiento que puede construirse a través del trabajo en educación popular en salud y con aportaciones de toda la comunidad.
- Considerar que el conocimiento experto debería circular y ser accesible para toda la gente de la región en la medida en que se evalúen las prácticas y el aspecto técnico de la formación de recursos humanos en salud.
- Cambio de paradigmas dominantes en salud e inclusión intercultural.
- Intervención en políticas públicas de acceso real a la salud que las comunidades requieren

El impacto de estos procesos comunitarios se observa en el aumento de la participación social en la salud comunitaria, sin embargo también en esos cambios paulatinos que se observan en las relaciones domésticas, donde el sexismo va menguando y se van cambiando los imaginarios patriarcales, dando cabida a formas menos violentas de dirigirse a las mujeres y de construcción de respeto a las mujeres.

En el imaginario colectivo de las generaciones jóvenes se cuestiona y condenan ciertas conductas de violencia hacia las mujeres como la venta o intercambio comercial de las mujeres; entre algunos varones se empieza a cuestionar la hegemonía masculina en las decisiones del cuerpo femenino.

Quiero destacar la labor de UNISUR y de Kinal Antzetik en los talleres de Derechos Sexuales y Reproductivos en la región de la Costa, puesto que han incidido mucho en patrones de masculinidades que priorizan la negociación a la imposición, del diálogo y cuestionamiento a estereotipos de género que violentan el tejido comunitario; aunque aún falta mucho por hacer para cerrar la brecha de equidad entre géneros, se tienene avances significativos que cuestionan patrones culturales que violentan a las mujeres.

Estos esquemas de masculinidad son más críticos en cuanto a las relaciones de pareja violentas y muestran mayor apertura a cuestionarse los esquemas tradicionales de relaciones matrimoniales. Aunque en el aspecto de agresiones entre varones sigue siendo un problema social y epidemiológico, se abren resquicios críticos a estas formas de relaciones.

Un aspecto que no quisiera dejar de destacar de estas promotorías en esta toma de conciencia personal, es la que tiene que ver con el autocuidado personal; si bien existe una tendencia comunitaria a recargarlas de responsabilidades; también en las promotorías existe resistencia al descuido personal y a la opresión colectiva que se refleja en:

- mejoramiento de su alimentación, evitando productos industrializados.
- realizar prácticas de higiene física y mental, ejercicio físico y diálogo comunitario.
- Búsqueda y creación de grupos de apoyo para abordar problemáticas de índole psicológica o espiritual específicas
- practica de caminatas en solitario para meditar o de liberación emocional.
- abstención en el consumo de tabaco o licor
- cocinar con higiene, preservando la cultura culinaria de la región
- práctica de herbolaria, sobadas, temezcal medicina ritual y partería

Estas acciones deviene en espacios de resistencia y de reforzadores individuales que finalmente impactan colectivamente en la medida en que estas promotorías se mantienen, construyendo acciones colectivas en salud.

4.7.- Conclusiones del capítulo

El recuento de los detonadores de acción en la región nos remiten al patriarcado y a la ausencia de autocuidado comunitario, mismos que son producto de las políticas sanitarias de abandono a la región; pero que también nos hablan de la creatividad y resiliencia de las comunidades para construir ciudadanía, identidad, territorio, desde una mirada de Derechos y procuración de justicia en ese ámbito.

En cuanto al impacto comunitario de estas acciones, es importante destacar su desarrollo en cuanto a extensión, porque van abarcando espacios geográficos cada vez más importantes, pero también impactan en espacios simbólicos de discusión y de debate; estos últimos espacios son muy valiosos porque implican la politización de colectividades en la búsqueda por hacer valer sus derechos, su ciudadanía y su autodeterminación de forma efectiva y sustentable, acordes con su cosmovisión; construyéndose de ese modo como espacios de resistencia ante la medicalización y los paradigmas epistémicos biomédicos.

Este proceso, se ha enfrentado a la práctica médica colonial que se da a nivel global, como un ejercicio de control de la bio-política del sistema neoliberal fomentando asimetrías en la relación médico-paciente, relación que a través de la comunalidad se ha ido equilibrando paulatinamente; por otro lado, la exclusión de saberes también se ha ido reduciendo en la medida en que estas promotorías reivindican la importancia política de los saberes tradicionales como una forma de resistencia; del mismo modo, la discusión sobre

interculturalidad crítica (evidenciando el tema del PODER-SOBRE vs PODER-PARA) ha permitido evidenciar la existencia de relaciones de poder en el área de la salud y de la educación que empiezan a incidir en el imaginario indígena reivindicando el poder organizativo de la medicina tradicional.

Los obstáculos de la participación comunitaria en salud ponen en evidencia algunas conductas colectivas que impiden el desarrollo progresivo de estas promotorías, pero que al mismo tiempo, son motores de reconstrucción y de cuestionamiento constante; la medicalización institucional exacerbada ha abierto debates muy interesantes en el ámbito intercultural sobre las necesidades básicas y los deseos; esos debates han puesto a revisión conceptos muy interesantes como la etiología de la enfermedad, el sistema económico, soberanía alimentaria, auto-determinación regional. La existencia de prácticas sexistas por ideologías de género se ven cuestionadas por las generaciones jóvenes y comienzan a debatirse al interior de las comunidades otras formas de relacionarse menos violentas, así como la ausencia de autocuidado y la violencia comunitaria comienza a ser cuestionada, como forma unívoca de relacionarse entre la población; en ese sentido la tarea de las promotorías no ha sido inútil, pese a presentar en apariencia avances lentos con respecto a la tradición patriarcal.

Con respecto a las fortalezas, los hallazgos en este campo se vinculan con uno de los objetivos de investigación consistente en explicar los alcances de estas promotorías en la región; los cuales son muy interesantes porque nos hablan del poder comunitario y de la importancia de las prácticas comunales como formas de resistencia anti-sistémica.

Las nuevas redes sociales como prácticas emancipadoras, como elementos de organización, trabajo colectivo, diálogo intercultural, respeto y apoyo mutuo, son fortalezas con las que cuenta la población que inciden en la construcción de territorio y de autodeterminación indígena. El diálogo intercultural ha tenido que verse enriquecido con acciones de escucha y empatía profundas para comunicarse en distintas lenguas que construyen resistencia. El idioma tlapaneco, mixteco, amuzgo, nahuátl y español se ven finamente tejidos en la construcción de la salud comunitaria, poniendo a prueba muchas formas de expresión humanas que se valen de lo artístico, lo mediático y lo simbólico para construir acuerdos saludables no exentos de discusiones y re-construcciones.

La capacidad de autogestión de las promotorías ha sido fundamental para incidir en la capacidad de agencia de las poblaciones y así darle continuidad a proyectos de salud que

van transformando realidades en salud.

La reconstrucción de la práctica de Promoción de Salud, sin duda ha sido una experiencia muy interesante porque ha involucrado poblaciones enteras en un proceso de concientización, de reconstrucción y de trascendencia de futuros viables. Esta reconstrucción ha permitido el avance de procesos críticos en salud que han permitido acciones colectivas de exigibilidad y de organización ciudadana en torno al ejercicio del Derecho a la Salud.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES

En este capítulo retomaré las preguntas de investigación que guiaron este trabajo, con el fin de aportar algunas reflexiones a este proceso emancipador que ha buscado construir autonomía en salud en la región Costa-Montaña de Guerrero.

En el capítulo teórico y descriptivo expliqué las políticas que promovió la Carta de Ottawa y que invitan a la población a hacerse cargo de su salud, pero que las poblaciones asumieron con un enfoque emancipador respecto a las políticas en salud orientadas al abandono de los pueblos indios de la región. La pregunta de investigación: ¿Cómo influye la organización comunitaria en la búsqueda ciudadana por hacer valer su Derecho a la Salud? Imbrica varios temas:

- La cuestión de las relaciones de poder es algo inherente a la condición humana, sin embargo las promotorías eligieron vivirlo como PODER-CON (PODER-PARA) y de este modo incidir en la dimensión social y política de sus comunidades a través de su práctica educativa formando recursos humanos en salud que sean capaces de convertirse en agentes del cambio social, que busquen promover acciones consecuentes con la autodeterminación indígena, que respeten las necesidades básicas de autonomía y salud de sus comunidades.

Respecto a ¿qué efectos ha tenido la educación popular en la formación de Recursos Humanos en salud? Y ¿Cómo es qué los formadores de Recrusos Humanos en salud han elegido esta corriente pedagógica para formación de promotoras y promotores de salud?

- La reflexión sobre su práctica a través de procesos pedagógicos críticos afines con el abordaje teórico de la educación popular, ha permitido que las promotorías sistematicen sus acciones, tomen conciencia de su papel como agentes sociales, evaluar, transformarse a sí mismas y su entorno, así como construir relaciones interculturales respetuosas entre sí y resistentes ante los embates de la medicina hegemónica, que con su ideología neoliberal fomenta relaciones de ruptura en el tejido comunitario.
- La capacidad de agencia que poseen las promotorías ha permitido que estas sean detonadoras de autonomía, emancipación y resistencia en la medida en que construyen exigibilidad y justiciabilidad en el Derecho a la Salud de la población. Del mismo modo, esta capacidad de agencia ha permtido entablar cuestionamientos epistémicos críticos que reivindiquen el conocimiento tradicional de las comunidades como un reducto de resistencia anti-sistémica.
- El territorio se convierte en un espacio de resistencia no sólo en lo geográfico, sino en lo simbólico, histórico, epistémico y en la construcción e exigibilidad del Derecho a la Salud. Las formas ancestrales de gobierno comunitario fomentan relaciones más plurales y democráticas que impactan la construcción de ciudadanía y de capacidad de agencia de la población.
- El autocuidado comunitario es una forma de subsanar el tejido social, que ha sido muy vulnerado por cuestiones políticas; este mismo autocuidado entendido como comunalidad va aminorando el impacto de problemas como violencia y alcoholismo en la región, a través de la concientización no sólo sobre la salud, sino territorio político en resistencia.
- Esta resistencia política y comunitaria, ha sido posible a partir de los procesos político pedagógicos que han facilitado la formación de promotoriías críticas capaces de deconstruir no sólo la praxis poítico-educativa, sino los debates epistémicos de la región y elevar el nivel de salud de las comunidades, fomentando acciones colectivas de apoyo y cuidado mutuo, de exigibilidad de Derecho a la Salud y de formación de promotores y promotoras.

La pregunta referente al papel de la Promoción de la Salud ante conflictos comunitarios como violencia o alcoholismo, así como la de ¿qué impacto tienen estas intervenciones

respecto al auto-cuidado y la búsqueda de salud colectiva?

- El debate sobre la mirada de Derechos Sexuales y Reproductivos abre espacios de diálogo y cuestionamiento a estructuras tradicionales; estos procesos político-pedagógicos dan cuenta de la incidencia en el imaginario colectivo de transformaciones importantes en cuestión de equidad de género. A pesar de identificar el potencial de resistencia de las formas comunales de organización, también ciertos sectores jóvenes empiezan a ser más críticos con tradiciones desiguales en el trato hacia las mujeres y hacia modelos de virilidad violenta, que empiezan a ser caducos en las nuevas redes interculturales que empiezan a tejerse y que requieren un espíritu de solidaridad genuino entre mujeres y hombres de la región para defender su autodeterminación. Y esta defensa del territorio no se logrará en medio de relaciones desiguales entre mujeres y hombres.
- La labor de organizaciones como Kinal Antzetik es muy importante porque expone una arraigada problemática de sexismo y discriminación hacia las mujeres y las niñas; pero también la UNISUR pone de manifiesto que sectores jóvenes están inconformes con reproducir relaciones injustas insertas en paradigmas patriarcales.
- La CRAC-PC, reivindica el papel del conocimiento tradicional y la ritualidad, en la construcción de comunalidad y resistencia ante los embates de la medicalización.

Respecto a la pregunta: ¿Cómo se pueden construir acciones de defensa de la salud que articulen un proceso de transformación que no reproduzca subalternidad?

- Concluyo que los procesos críticos que se dan a través del proceso enseñanza-aprendizaje desde un enfoque dialéctico, puesto que permiten la identificación con la clase subalterna y los efectos negativos en la salud de la población de la práctica médica colonial, que fomenta asimetrías en la relación médico paciente; este proceso les permite hacer una reconstrucción de la práctica integrando elementos comunales que permitan equilibrar los saberes tradicionales, reivindicar tanto su valor epistémico como su valor político como un espacio de resistencia ante la medicalización.
- En el tenor de las resistencias, quiero destacar también el papel del patriarcado y las ausencias de autocuidado comunitario como detonadores de acciones colectivas en salud, porque destacan la emergencia de la resiliencia y la creatividad de la comunidad para construir ciudadanía, identidad, y resistencia. Estos efectos

positivos que se dan en el florecimiento humano de las comunidades, les ha permitido crecer en extensión, amplitud, profundidad, modalidad, efectividad, sustentabilidad e impacto, que se cuantifica en el nivel de conciencia y de organización de las comunidades.

- Las fortalezas de estas promotorías ha residido en que las comunidades han identificado su propio poder colectivo, a través de reivindicar las practicas comunales como formas de resistencia anti-sistémica, producto de la construcción de nuevas redes sociales, que fomentan organización, trabajo colectivo, diálogo intercultural, respeto y apoyo mutuo. El diálogo intercultural ha tenido que verse enriquecido con una voluntad real de unidad, reflejada en prácticas de escucha y empatía profundas para comunicarse en distintas lenguas que construyen resistencia. El idioma tlapaneco, mixteco, amuzgo, nahuátl y español se ven finamente tejidos en la construcción de la salud comunitaria, poniendo a prueba muchas formas de expresión humanas que se valen de lo artístico, lo mediático y lo simbólico para construir acuerdos saludables no exentos de discusiones y re-construcciones que permitan la capacidad de agencia de las comunidades

5.1.-Lo que hay que fortalecer

Ante este panorama de Promoción de la Salud intercultural y comunitaria, que ha mantenido la organización colectiva y ha fomentado la búsqueda de los pueblos por construir prácticas en salud; no me queda más que agradecer a los pueblos mixtecos, tlapanecos, amuzgos y nahuas, los aprendizajes que me dejan en esta investigación. Y hacer un pequeño balance de las tareas pendientes que pueden potenciar su invaluable práctica, para mantenerla y para hacerla crecer, porque es una necesidad sentida para la región. Por eso hago algunas sugerencias que pueden ayudar a que estas promotorías crezcan, y así mantengan su acción crítica y su función de resistencia política ante la hegemonía neoliberal.

Es también un intento personal de retribuirles algo de la información producto de ésta investigación, en agradecimiento a su colaboración, su apoyo, su calidez y su valentía; así como su enorme creatividad y disposición ante mis límites con el lenguaje puesto que yo no entendía ni mixteco, ni tlapaneco, y pese a todo, se fue solventando con la voluntad y creatividad de las promotoras, porque para la mayoría era muy importante:

"*que se contara su historia*", (emic) "*que otros sepan cómo se vive acá en la montaña".*

Quiero destacar que durante los tiempos de mi investigación, los conflictos intercomunitarios estaban en uno de los puntos más álgidos, hubo momentos de mucha tensión para las promotoras y para el proceso comunitario, por la violencia colectiva; y como sucede casi siempre en este tipo de conflictos, las que llevaron la peor parte, son las mujeres. Estas pugnas trajeron rupturas al proceso de construcción de autonomía en salud y esta situación, mantiene la condición de opresión hacia los pueblos, y lo que es más lamentable: opresión entre las propias mujeres.

Otra condición que encontré entre las prácticas de Promoción de la Salud comunitaria, es que la mayoría de las promotoras está muy consciente de la desigualdad en salud que viven, y tienen un **grado elevado de politización**. La mayoría de ellas actúan de manera entusiasta e inmediatista, realizando intervenciones en salud con la finalidad de fortalecer los lazos de apoyo mutuo en las comunidades y lo perciben como un antídoto contra la exclusión que viven, así como una forma de reparar los daños del sistema político. Aunque la mayoría tiene la autoestima suficientemente elevada para trabajar por la comunidad, pero en algunos casos no tan asertivas para detener o confrontar la violencia ejercida hacia ellas o hacia otras promotoras de salud. O por convicción personal (y algunas veces espiritual) no son reactivas ante el tema de la violencia. En ese sentido, quiero destacar la forma femenina de resolver conflictos, desde el diálogo, la no-imposición, la escucha, el respeto al punto de vista ajeno, y sobre todo la no-violencia. En esas formas coinciden Apolonia y Doña Asunción, quienes buscan otros modos de resolver los conflictos y no dañar abruptamente los lazos comunitarios.

En algunos casos se priorizan cuestiones políticas, antes de priorizar una cuestión de género como es el caso de impedir que se difundieran talleres en la casa de Justicia de Zitlaltepec, ubicado en Metlatónoc Guerrero, que es donde existen los mas elevados índices de mortalidad materna; y por pugnas entre organizaciones de corte patriarcal se fragmentan estos esfuerzo, como cuando Apolonia Plácido acude a la Montaña Alta, donde se ubica el Comité de Mujeres, que al interior de la CRAC-PC es una de las experiencias organizativas más interesantes en la construcción de equidad. Entonces Apolonia visita a este Comité para invitar a los talleres de capacitación para parteras que impartiría Kinal Antezetik y le impiden el paso, dado su parentesco con los directivos de la

UP*OEG*[70].

Para detallar esta situación quiero profundizar que previamente en el XVII Aniversario de la CRAC-PC realizado en Miahuichán, pese a haber anunciado una Mesa de Trabajo sobre Mujeres, la propia dirigencia de esta organización deja de lado a las mujeres, no dándoles recursos para acudir a un evento tan significativo. Minusvalorando así su papel al interior de la organización. En ese sentido, Apolonia finalmente no tiene ningún cargo al interior de la UPOEG, el Comité de mujeres de la CRAC-PC fue marginado por la propia dirigencia de la CRAC-PC; y los procesos de salud para las mujeres se quedan pendientes para todas. Como ya antes lo denunciaban las promotoras Reina Bello y Edith Na Savi.

En esa medida, es importante que en la medida en que lo femenino no se integre y se reconozca en la región es muy difícil construir procesos de salud.

5.2.- Tareas pendientes y sugerencias de acción en Promoción de la Salud:

Con respecto al capítulo 4, sobre prácticas que obstaculizan el desarrollo de éstas promotorías y la construcción de autonomía en salud:

Es necesario hacer una sensibilización de la población sobre la importancia de la tarea de las promotoras, porque la práctica de éste tipo de promoción de la salud juega un papel fundamental en el territorio, dada la manera en que entiende la salud, y la respalda con acciones políticas comunitarias surgida desde los pueblos, al mismo tiempo que esta construye organización y resistencia política ante la hegemonía medicalizadora neoliberal. Para esto sugiero:

5.2.1.- Para las comunidades:

- **Mediación participativa**: La labor de las Promotorías de salud se ha caracterizado por convertirse en interlocutoras ciudadanas frente a las instancias del Estado, para negociar agendas y propuestas surgidas desde los pueblos. El proceso de interlocución con estas instancias implicó organización, re-construcción individual y colectiva en el proceso de adquirir capacidad de agencia que permita pre-condiciones que posibiliten la exigibilidad comunitaria. Esta mediación participativa ciudadana tendrá la labor de

[70] políticas sí, pero ante todo patriarcales.

cabildear y abogar ante el gobierno y sus instituciones de salud, por los intereses reales de los pueblos indígenas, su cosmovisión, sus necesidades e intereses, así como el respeto a sus formas de organización tradicional, a sus conocimientos tradicionales, a sus formas de atender la enfermedad y a las decisiones conjuntas respecto a su salud colectiva,

- **Valorar la práctica de la medicina tradicional**: Priorización de ciertas intervenciones en salud tradicional, frente a las intervenciones de la salud institucional. Incidir positivamente en la comunidad en la reivindicación de la medicina tradicional indígena, darle valor al conocimiento tradicional indígena, visibilizar la violencia institucional del Estado, intenta devaluar el uso de la medicina ritual; pero sobre todo es importante reivindicar su valor organizativo y comunal. Tomar conciencia del despojo de las farmacéuticas en el proceso de medicalización exacerbada que se pretende imponer en la región.

5.2.2.- Para las organizaciones de salud del gobierno:

Aunque entiendo que esto es más un problema de políticas de salud, y que la aplicación de éstas medidas requiere más de voluntad política, que de aumento de burocracia y trámites institucionales en la región. Sin embargo, si alguna instancia de salud quisiera atender, sugiero:

- Reconocimiento del concepto de interculturalidad con un enfoque político de justicia social, que realmente aporte elementos de humanización y respeto en el mejoramiento de la calidad de atención a los pueblos indígenas. Esto implica crear comisiones que den seguimiento y evaluación de los proyectos surgidos desde las comunidades, incorporando a los promotores comunitarios en las estrategias de diseño, implementación, seguimiento y evaluación, para el mejoramiento de manera conjunta, entre instituciones, gobiernos federales y comunitarios, así como promotores de salud comunitarios.

- La aplicación de métodos etno-educativos para asignar funciones en el personal que tiene trato directo con los usuarios y usuarias: administrativos, trabajadores sociales, y personal de enfermería y prestación de servicios. La asignación de intérpretes que acompañen al atención médica. en caso de no hablar las lenguas originarias de los

pueblos, que sean capaces de orientar a las usuarias las terapéuticas e intervenciones hospitalarias. Sensibilización con enfoque de género con el fin de reducir la violencia obstétrica hacia las mujeres indígenas.

- Desde el punto de vista técnico del Servicio de Salud institucional, tener una actitud de respeto ante la existencia de **superposición cultural, que no subordine una cultura epistémica sobre otra,** con la finalidad de evaluar el ejercicio real de discriminación en los servicios de salud; del mismo modo se requiere la aplicación de sanciones económicas y jurídicas al personal que incumpla en éstas acciones. Del mismo modo será conveniente incluir a parteras, madrinas obstétricas y comadronas en la sensibilización al personal de salud, desde su propia cultura y sus necesidades reales, con una actitud de respeto real, que permita un intercambio no discriminatorio de saberes y experiencias.

- Respecto a la formación de **recursos humanos,** es importante capacitar a los profesionales y trabajadores del sector salud con elementos de la SAPIA, (Iniciativa de los Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas) de la OMS, así como fomentar que los formadores de recursos humanos en salud faciliten el acceso de promotoras indígenas en la **adaptación de los currículos médicos con elementos de la cosmovisión indígena y de política pública saludable que respete la auto determinación indígena,** con el fin de preservar su identidad y compromiso con los saberes de sus pueblos de origen

- Esta necesidad de sensibilizar al personal de salud, va de la mano con dar a entender los tipos de medicina y la forma en que se percibe la **etiología de la enfermedad**. El origen de la enfermedad desde la concepción tradicional que tiene otras lógicas y causas que desde la cultura indígena se vinculan también con lo espiritual y concepciones ecológicas de la salud y de la medicina ritual; no sólo en la etiología anatomo-clínica.

5.2.3.- Para las organizaciones ciudadanas de salud

- Sugiero también la capacitación en temas de **no violencia y masculinidades** desde

el enfoque de oportunidades de vida, donde las poblaciones se responsabilicen de su proceso en salud, para que puedan prevenir problemáticas comunitarias de violencia o de **alcoholismo como problema de salud.**

- Valorar el respeto a la **evaluación participativa**, como detonadora de gestión popular en salud; los pueblos tienen un impresionante poder cuando se organizan en la búsqueda de resolver sus demandas en salud, éstas decisiones que se validan o no en las Asambleas Comunitarias. No siempre son instancias de salud las que buscan el buen vivir para las comunidades, históricamente las decisiones en salud las ha tomado el pueblo organizado. De ahí que sea necesario buscar el cabildeo para la realización óptima en beneficio de la comunidad. Apoyando de manera más firme las acciones en salud que se proponen en las Asambleas Comunitarias, como órgano de decisión política. Del mismo modo, sugiero acompañar de forma más cercana las gestiones e interlocuciones de las Promotorías

- Fomentar la conciencia del abordaje comunitario de ciertos problemas de salud, que se vuelven también problemas políticos; quizá con el apoyo de algunas organizaciones especialistas en ciertos temas como alcoholismo y violencia, pero diseñando un programa específico para la región, como en el caso de masculinidades, abordar el tema más desde el imaginario indígena, y menos desde el ámbito academicista. Puesto que en el caso de los grupos focales de masculinidades, los intentos que se hicieron estaban basados en un contexto urbano-academicista, por lo tanto las técnicas empleadas estaban dirigidas a varones jóvenes, urbanos, con un nivel escolar medio, con una moral abierta a ser cuestionada y perteneciente a la clase media. Sin embargo, pese a que si cumplieron con el objetivo pedagógico de sensibilizar a los varones sobre la virilidad violenta y fueron funcionales en la práctica; con los medios adecuados para el contexto indígena se podría tener un mejor resultado en los problemas de:

- Violencia,
- el abuso de alcohol y sustancias, relacionadas con virilidad violenta
- las enfermedades infecciosas y las enfermedades de transmisión sexual,
- los problemas relacionados con la contaminación del hábitat y el ambiente,
- la minería a cielo abierto y su impacto en la salud comunitaria
- la desnutrición y las deficiencias de micro nutrientes.
- La salud de las poblaciones migrantes

- Del mismo modo, hacer un fomento de tecnología y comunicación apropiada al medio cultural, y al contexto local, y si no existe el material didáctico para tratar temas de salud a nivel comunitario, entonces, diseñarlo con los recursos propios de la comunidad, buscar apoyo etno-educativo, para sensibilizar a lo población desde su imaginario y su contexto. Porque la gente de las comunidades tiene un conocimiento muy vasto que es necesario rescatar[71]

- Brindar un apoyo más sustancial a la práctica de la promoción de la salud, apoyar más los acciones de exigibilidad, respaldar más el trabajo de las promotoras, fomentar el auto-cuidado, a partir de la planificación, y las intervenciones estratégicas, evitar el desgaste de las promotoras y promotores evitando asignarles demasiadas tareas a las mismas personas, buscar un rol equitativo de actividades. Construir redes de seguridad, porque están expuestas frecuentemente a la violencia, Buscar la manera de allegar recursos económicos auto gestionados, redes de apoyo político regional y sobre todo comunicación interna donde sus opiniones sirvan para tomar decisiones al interior de las organizaciones.

- Es muy importante buscar una **estrategia de cuidado institucional** que ayude a fortalecer la **comunicación interna**, sobre todo en contextos como el de la región donde existe mucha violencia comunitaria. Porque ante situaciones violentas o traumáticas es común que se den rupturas personales y grupales. Ante esto, los equipos deberán desarrollar apoyo mutuo a partir de afrontar explícitamente los problemas aunque sean dolorosos o angustiantes, esto evitará el síndrome de burned-out[72]. Para los equipos de salud, la confianza en el grupo es fundamental y es un elemento básico para formar una red de apoyo para resistir todas las vivencias desgastantes.

5.2.4.- Para las promotoras comunitarias de salud

---

[71] En el grupo focal de violencia, usamos algunos videos y material didáctico de otras regiones del planeta, que no tenían mucho que ver con el contexto, como por ejemplo uno de los videos era sobre ablación del clítoris en Africa, y muchas mujeres en lugar de sensibilizarse con la problemática se mostraron horrorizadas y no se logró el efecto del taller, cuando en su experiencia ellas tenían experiencias de feminicidio, violación y venta de mujeres, que no se potencializaron como problemáticas detonadoras.

[72] Una persona cuando "se quema" emocionalmente, y se caracteriza por una situación de cansancio emocional extremo, acompañado de mecanismos de defensa (distancia emocional, sarcasmo, agresión o despersonalización).

El fomento del **autocuidado** entre los promotoras de salud comunitario, no sólo para el desarrollo de habilidades personales y el retraso de la morbilidad de ciertos padecimientos, sino también **como un elemento político en un proceso de resistencia y emancipación** en el proyecto político autonómico.

Es necesario tomar conciencia de que si una promotora se enferma, se menguan las bases de un movimiento político de determinación política y se contradice el discurso de derechos por el que ellas mismas luchan.

Como **estrategias personales,** se pueden sugerir algunas acciones de auto-vigilancia de los síntomas del estrés, (Beristain, 1993) y retomo las siguientes acciones que sirven para **enfrentarlo**:

- Modificar las fuentes de estrés (carga de trabajo, imposibilidad de tomar decisiones, excesivo sentimiento de responsabilidad, frustración por decisiones ajenas a ellas) y evaluar la posibilidad de modificar estas fuente para entonces poner límites de la propia acción.
- Identificar los signos de estrés acumulativo, cuando una persona ha estado expuesta a un proceso continuo de agotamiento emocional tan recurrente que no le permite recuperarse ni física, ni mentalmente. Se sugiere hacer un listado de signos personales en los ámbitos emocionales, conductuales y cognitivos que nos permitan observar estos síntomas y buscar caminos individuales y colectivos para afrontarlos.
- Cambiar las formas de afrontar el estrés; cada persona tiene recursos personales para afrontarlo, algunas personas hacen ejercicio físico, otras descansan adecuadamente, diferentes formas de relajación y de búsqueda de situaciones agradables que ayuden a descargar ese estrés. El identificar estos recursos sirve para flexibilizar las formas de adaptación ante el estrés por diferentes motivos.
- Reconocer el **impacto en las relaciones**; los grupos llegan a experimentar amenazas por sobrecarga de trabajo o de amenaza política, cuando esto sucede, se afectan las relaciones produciendo división de los equipos, incomunicación, irritabilidad y actitudes defensivas. Cuando esto sucede es importante identificar este momento del proceso grupal para buscar una reconstrucción sanadora de la confianza grupal con el fin de buscar mecanismos de apoyo mutuo para reparar las relaciones grupales y así poder identificar conjuntamente la fuente de estrés, para

construir el apoyo mutuo, replanteando nuevas normas de acuerdos colectivos.

- **Construcción de una cultura de paz**.- Apoyarse en la población para construir mecanismos sociales que condenen la violencia y se conviertan en observatorios ciudadanos de vigilancia comunitaria, que sean un apoyo para las promotoras en la observancia de conductas de respeto a los derechos humanos y cuando estas se violen, la comunidad condene la violencia y actué en consecuencia.

5.3.- Reflexiones finales

El límite de esta investigación es este, presentando los alcances de estas prácticas de promoción de salud en la región Costa-Montaña de Guerrero, no sólo paliando con sus intervenciones los daños en el perfil epidemiológico, sino en la reparación del tejido comunitario y en la capacidad de agencia de las mujeres ejerciendo su Derecho a la Salud. Cierro esta investigación analizando un fragmento de la Carta de Ottawa revisado previamente en el cual se define la Promoción de la Salud como:

> *"consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social. Un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario". Carta de Ottawa (1986).*

Este fragmento viene al caso con la reflexión sobre las acciones que las comunidades han aprendido a llevar a cabo para hacer valer su Derecho a la Salud pese a las adversidades del contexto; tareas como: la participación social, la gestión, la abogacía, el cabildeo y la integración con el personal de salud han sido llevadas a cabo con los recursos que las promotorías han tenido, logrando así que los pueblos se busquen los medios para construir su salud desde sus necesidades sentidas, con sus recursos, siendo también

consecuentes con su cosmovisión, misma que concibe la salud como un equilibrio; este equilibro involucra en el concepto de salud: el respeto, la solidaridad, el cuidado del medio ambiente, el respeto a la medicina tradicional, pero también la necesidad de respeto por parte de las instituciones de gobierno hacia sus conocimientos tradicionales y hacia su condición étnica, sin discriminación. Pero el aspecto más relevante en el que se refleja la autonomía, es en la capacidad de los pueblos de apropiarse de la capacidad de formar sus propios recursos en salud con dignidad.

Finalmente, Chapela y Jarillo (2003), elaboran siete tesis para entender la Promoción de la salud desde un enfoque emancipatorio, de éste debate retomo la segunda y la tercera, porque son características esenciales para construir la **Autonomía en Promoción de la Salud** y que las promotorías vienen realizando desde hace algún tiempo.

Para los autores, en la segunda tesis, decir salud:

"es la capacidad del sujeto individual o colectivo de mirar al pasado para gobernar el presente para construcción de futuros viables*".*

Es un aspecto muy interesante de esta investigación es el hallazgo de la solidaridad que se da también en medio de las adversidades económicas, puesto que justo como no existe un recurso seguro, el trueque como forma ancestral de intercambio permite tejer esas redes de las que ya comentamos, como una forma de identidad reivindicando su raíz indígena; construyendo así, sus instituciones de salud propias, desde sus necesidades, su cosmovisión y sus recursos, luchando a contrapelo con la ideología capitalista y construyendo proyectos futuros que involucran un cambio en el imaginario colectivo; Otro elemento que permite la construcción de futuro, es el que va rompiendo con esta normalización de la violencia comunitaria, sensibilizándo a la comunidadad a través de redes de organización y reproducción de una ideología del cuidado colectivo (no sólo en el aspecto orgánico-biológico de la salud) sino en el cuidado del tejido social y en la reparación del mismo a través de la organización.

"***La promoción de la salud se ocupa de los sujetos que se construyen a sí mismos en un continuo hacer, reflexionar y hacer, base de la pedagogía de la esperanza***" esta es la tercera tesis del documento de Chapela y Jarillo antes referida, donde los autores enfatizan el potencial creador de la pedagogía liberadora en los procesos críticos de salud que permiten que los pueblos asuman la tarea de formar sus propios recursos humanos en salud, haciendo uso de todos sus recursos para construir la esperanza y asi resistir los embates del neoliberalismo que atentan contra la salud de los pueblos en todos los

sentidos. Este proceso implica una toma de conciencia por parte de las promotoras, de las organizaciones y de los pueblos, que va acompañado de un proceso organizativo, que deviene en transformarlos en agentes de transformación política.

Pero este proceso no tendría posibilidad de existencia, sin una pedagogía transformadora

Pero éste no proceso no tendría posibilidad de existencia, sin una pedagogía transformadora, capaz de mantener la esperanza y la posibilidad de soñar, a pesar de los gobiernos autoritarios y el desgaste que provoca la resistencia que nos quita la capacidad de soñar sin que se extinga el anhelo de un futuro mejor para las comunidades, no como una fantasía, sino como un proceso colectivo que es capaz de detonar acciones que hacen que la gente pierda el miedo enfrentando a su opresores[73]

Las particularidades de este proceso de construcción de la salud radican en la cosmovisión indígena y los rituales para sanarse afectivamente. Este construirse colectivamente, también está acompañado de una reflexión conjunta que permite recrear los sueños y al mismo tiempo organizarse colectivamente para alcanzarlos. Del mismo modo, ha sido significativo el hecho de educar la nostalgia, es otro elemento que aporta elementos que desbrozan el camino para conseguir la liberación y es una tarea necesaria que se hace en los talleres comunitarios, porque no basta con racionalizar la condición de opresión, sino que también requiere identificar afectivamente la presencia de dolor, tristeza, hartazgo y falta de fe para afrontarla colectivamente y de este modo, no reproducir la violencia reactiva, sino construir una forma más humanizada de abordarla conjuntamente canalizándola en la construcción de autodeterminación política (Cantoral, 2011).

Las promotorías de salud, con las prácticas rituales, como recurso son también elementos de resistencia y sanación ante la violencia comunitaria. Estos han sido elementos muy importantes para mantenerse y resistir ante la división comunitaria; incluso éstos vínculos han sido recursos que han valido para mantener las acciones de la organización en la región pese al contexto. Del mismo modo, las relaciones pedagógicas que construyen también al salir de la región, al contactarse con redes de mujeres de otros estados o países, permiten que se recreen en este contexto aportándoles elementos de resistencia y organización política capaces de detonar procesos autonómicos en salud.

Las Promotorías de la salud en las comunidades han tenido un amplio impacto en la búsqueda de la **comunalidad reparadora del tejido social,** que es un elemento que crea

[73] Como cuando Paulo Freire, describe el proceso de los pescadores en la Zona de la Selva, cercana a Recife, y narra los castigos de los pescadores para con sus hijos, para hacerlos más “duros”. Pero cuando ellos logran transformar estas prácticas conscientemente, es un proceso colectivo de ruptura también con las clases hegemónicas, porque le pierden el miedo a la libertad, y ese proceso colectivo para construir la esperanza construyen también salud.

salud; esto no implica que la comunalidad sea sanadora en sí misma, sino que aporta elementos para que las comunidades tengan un contexto favorable para la construcción de salud.

La práctica de la Promoción de la Salud en la región Costa-Montaña de Guerrero es un fenómeno muy complejo que ha sido posible gracias a la capacidad de agencia principalmente de las mujeres, quienes valientemente se destacan por su lucha no sólo contra las instancias gubernamentales, sino contra el imaginario patriarcal de sus comunidades que muchas veces lejos de apoyarlas, obstaculizan una tarea benéfica para la colectividad. Mi agradecimiento a sus enseñanzas, su compañía, su ejemplo, su valor y pese a las adversidades esa ética de amor y cuidado mutuo. Este trabajo pretende ser una humilde aportación a su titánica labor creativa, con el fin de dar cuenta de los logros y avances que han tenido en la Promoción de la Salud comunitaria y en la lucha por ejercer el Derecho a la Salud en un contexto tan desfavorable.

Ilustración 4: Mesa de Salud. Aniversario XVII de la CRAC-PC. Miahuichán. Foto: Karla

Ilustración 5: Mesa de Salud. Aniversario XVII de la CRAC-PC. Miahuichán. Foto: Karla Benítez

Ilustración 7: Mesa de Salud. Aniversario XVII de la CRAC-PC. Miahuichán. Foto: Karla Benítez

Ilustración 6: Mesa de Salud. Aniversario XVII de la CRAC-PC. Miahuichán. Foto: Karla Benítez

Taller de Masculinidades
Llano la Parota
Foto: Karla Benítez

Taller de Salud Espino Blanco
Foto: Karla Benítez

Encuentro de Salud
Chilapa
Foto: Karla Benítez

Taller de Capacitación Kinal
Tlapa
Foto: Karla Benítez