



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
METROPOLITANA**

UNIDAD XOCHIMILCO
DIVISIÓN DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
POSGRADO EN DESARROLLO RURAL
NIVEL MAESTRÍA

**LA LUCHA DE MINI NUMA POR REIVINDICAR
SU DERECHO A LA SALUD**

**EXIGIBILIDAD Y JUSTICIABILIDAD DEL DERECHO A LA SALUD EN
LA EXPERIENCIA DE UNA COMUNIDAD NA SAVI DE
METLATÓNOC, GUERRERO**

T E S I S
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN DESARROLLO RURAL
P R E S E N T A :
CLAUDIA ORDÓÑEZ VÍQUEZ

DIRECTORA: GISELA ESPINOSA DAMIÁN

MÉXICO, D.F.

DICIEMBRE DE 2011

A l@s compañer@s de Mini Numa, por su legado de dignidad y tenacidad,
destello de luz en la Montaña y orgullo nacional

A Tlachi, con todas sus enseñanzas y complejidades

A mis grandes amores, César y Paloma

A César por su amor, paciencia, apoyo y tenacidad

A Paloma, ese ser genuino y gracioso, quien desde el seno materno ha
alegrado y estimulado la conclusión de este ciclo y mi vida entera

A mis padres, por ser mis fieles y amorosos pilares, impulsores de mi lucha
y tesón

A mis hermanas y sobrín@s, por su amorosa disposición, entrega y
generosidad

A mis compañer@s de lucha, l@s de ayer y l@s de hoy, por acompañarme,
sostenerme, quererme e impulsarme

A Gisela, por su invaluable apoyo y enseñanzas.

Para los nadies

Sueñan las pulgas con comprarse un perro y sueñan los nadies con salir de pobres, que algún mágico día llueva de pronto la buena suerte, que llueva a cántaros la buena suerte; pero la buena suerte no llueve ayer, ni hoy, ni mañana, ni nunca, ni en lloviznita cae del cielo la buena suerte, por mucho que los nadies la llamen y aunque les pique la mano izquierda, o se levanten con el pié derecho, o empiecen el año cambiando de escoba.

Los nadies: los hijos de los nadies, los dueños de nada.

Los nadies: los ningunos, los ninguneados, corriendo la liebre, muriendo la vida, jodidos, rejodidos:

Que no son, aunque sean.

Que no hablan idiomas, sino dialectos.

Que no profesan religiones, sino supersticiones.

Que no hacen arte, sino artesanía.

Que no practican cultura, sino folklore.

Que no son seres humanos, sino recursos humanos.

Que no tienen cara, sino brazos.

Que no tienen nombre, sino número.

Que no figuran en la historia universal, sino en la crónica roja de la prensa local.

Los nadies, que cuestan menos que la bala que los mata.

Eduardo Galeano

INDICE

INTRODUCCIÓN

I. EL BUEN VIVIR Y LA SALUD

1.1. El Buen Vivir	1
1.2. Derecho a la salud	6
1.2.1. Salud y estándares internacionales de protección	7
1.2.1.1. El derecho a la salud en el sistema universal	10
1.2.1.2. El derecho a la salud en el sistema interamericano	15
1.2.2. Marco nacional de protección	16
1.3. Breves notas sobre la exigibilidad y justiciabilidad de los derechos Sociales	19

II. CONTEXTO ESTATAL, REGIONAL Y COMUNITARIO

2.1 La situación de los derechos económicos, sociales y culturales en Guerrero	23
2.1.1 El acceso a la salud	24
2.1.2 Sistema Nacional de Salud	28
2.1.2.1 El Seguro Popular en Guerrero y sus resultados	33
2.2 La región Ñu Savi de la Montaña de Guerrero	38
2.2.1 Los servicios de salud en la Montaña	44
2.3 La comunidad de Mini Numa	51
2.3.1 La problemática de salud en Mini Numa	57

III. LA LUCHA POR EL ACCESO AL DERECHO A LA SALUD: EL CASO DE MINI NUMA

3.1 Las etapas del proceso de lucha	62
-------------------------------------	----

3.1.1	Los primeros años de lucha; un recuento por los propios actores	63
3.1.2	La estrategia de defensa	72
3.1.2.1	Mini Numa recurre a un tribunal federal para exigir su derecho	79
3.1.3	La etapa de consolidación. Una sentencia favorable	87
3.2	Logros y retos en la exigibilidad del derecho humano a la salud	92
3.3	Mini Numa como sujeto social	96

A MANERA DE CONCLUSIÓN	102
-------------------------------	------------

BIBLIOGRAFÍA

ANEXO 1. Acciones para la defensa

Introducción

Llegué a la Montaña de Guerrero en el año 2004 a colaborar con el equipo del Centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinollan, organización con más de diez años de experiencia en la defensa, promoción y difusión de los derechos humanos entre los pueblos indígenas de la región Montaña de Guerrero, un estado que, de acuerdo con el Consejo Nacional de Población (Conapo), en 2005 ocupaba el primer lugar nacional con el mayor índice de marginación, contando con 37 municipios con un grado muy alto de marginación (45.67%) y 36 con alto grado (44.80%). Y fue en 2007, en medio de tantos casos cotidianos con los que trabajábamos los asesores jurídicos, que se presentó la oportunidad de asesorar y acompañar un proceso de lucha de una comunidad indígena Na Savi, llamada Mini Numa, la cual, como otras tantas, padecía las consecuencias de la flagrante violación a sus derechos humanos; en este caso se trataba de varias muertes de niños, de personas adultas y de mujeres en el embarazo o el parto, ocasionadas por la falta de atención médica para curar enfermedades y padecimientos de la *pobreza*.

En Tlachinollan era común recibir solicitudes de apoyo porque en las comunidades no había maestro o doctor; porque no había caminos, agua, luz, escuela, clínica; porque las lluvias o el viento se habían llevado parte de sus casas y la gente tenía que vivir a la intemperie; porque el suelo se estaba abriendo y las casas casi se derrumbaban; y porque todas estas necesidades se hallaban sin respuesta o atención gubernamental. Ahí estaba Tlachinollan para gestionar, dialogar, demandar a las autoridades su pronta intervención. Si las primeras acciones no funcionaban, entonces venía la denuncia pública, el hacer evidente la omisión del gobierno, los recursos jurídicos, la presión social que se generaba con el apoyo de una red de alianzas de actores nacionales e internacionales para exigir el cumplimiento de los derechos colectivos de los pueblos.

A veces se lograba poco, otras más, otras menos. En mucho dependía el carácter, la fortaleza, la cohesión, la organización y determinación de los actores para enfrentar cada obstáculo que pretendía frenarlos en su lucha, pues esos

sobran y sobran. Y en ocasiones aunque la lucha se fuera ganando poco a poco, a medio camino ya no quedaba actor que la sostuviera. Sin embargo, el actor central que hallaremos en el presente estudio, supo estar de pie, mantener su fortaleza, su coraje, su capacidad organizativa, sacar el mejor provecho de sus capacidades para ofrecerlas como herramientas de lucha, ser constante, disciplinado, a veces aguantar, retraerse, y en otras salir con todo. La gente de Mini Numa sostendría la lucha hasta el final, pero eso los acompañantes y asesores no lo sabíamos al inicio, como tampoco sabíamos lo que se estaba gestando en el camino: no sólo un caso ejemplar de justiciabilidad de un derecho social, sino el fortalecimiento de un actor social en su carácter de sujeto social.

Varios defensores y defensoras de Tlachinollan dimos acompañamiento al proceso desde el 2007, en mi caso particular hasta mediados de 2009, año en el que dejé la organización y también dejé de *estar* con la comunidad, cuando ésta todavía luchaba por que se cumplieran todos los puntos de una sentencia histórica que había fallado a favor de Mini Numa para garantizar su derecho a la salud y el acceso a servicios médicos.

El análisis de este proceso es el centro de la tesis que ahora presento. Abarca desde el año 2003 —cuando la comunidad inició las gestiones para demandar la presencia de un médico y medicinas en la comunidad- hasta el año 2009, cuando todavía di seguimiento detallado del caso por encontrarme en relación directa con él. También presento un apartado con información que da cuenta de la situación actual, aunque el acompañamiento no fue tan cercano como en el periodo anterior.

La lucha que en 2003 emprendió la gente de Mini Numa para contar con servicio médico en su comunidad no había recibido ninguna respuesta positiva por parte de las autoridades municipales de Metlatónoc y estatales de Guerrero, a pesar de que en el año 2005 aumentaron las muertes infantiles y maternas por falta de atención médica en la comunidad y en el municipio. No obstante, la comunidad organizada decidió en su instancia máxima de toma de decisiones, la Asamblea General, continuar con su lucha y buscar aliados para alcanzar su

objetivo: contar con un médico que atendiera las enfermedades de los habitantes y un cuadro de medicamentos para curarlas.

Es así que en el año 2007 recurrieron al Centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinollan A.C., con quien diseñaron una estrategia de defensa integral, implementando un conjunto de instrumentos jurídicos, políticos, sociales, mediáticos y organizativos para exigir el cumplimiento del derecho. Entre ellos destaca el recurso de amparo ante un juzgado federal. A nueve meses de haber presentado este recurso, el juez emitió una sentencia favorable a la comunidad, reconociendo que su derecho a la salud había sido vulnerado y que por ende, la Secretaría de Salud tenía la obligación de garantizarlo mediante la prestación de un servicio de salud de calidad, no sólo para la comunidad de Mini Numa, sino para la cabecera municipal de Metlatónoc. Como resultado, al mes de haberse dictado esta sentencia, la Secretaría de Salud cumplió los ordenamientos del juez en Mini Numa, aunque aún sigue en proceso de cumplimiento en lo que respecta al centro de salud en Metlatónoc.

El caso es relevante no sólo porque da cuenta de la construcción de un sujeto social en un contexto tan adverso como es la Montaña de Guerrero, sino porque por primera vez en México, se logró hacer exigible y justiciable un derecho social y colectivo como lo es la salud, sentando así un precedente exitoso que ningún otro pueblo o comunidad había logrado, más meritorio aún porque en el marco normativo del país no existían mecanismos idóneos para hacer justiciables los derechos sociales;¹ y todavía más relevante si consideramos que el fallo favoreció a una comunidad indígena, discriminada, como muchas otras. El primer impacto de este caso fue en el espacio local y regional, pero también tiene un significado nacional por todas las razones arriba mencionadas.

La lucha de Mini Numa se ubica en el contexto de marginación y pobreza extrema que caracteriza a la Montaña de Guerrero, siendo un factor que en ocasiones dificulta la generación de procesos autogestivos y en otras los alienta y

¹ Está en proceso de ser aprobada una reforma a la Ley de Amparo para que a través de este instrumento legal se pueden reclamar violaciones a derechos colectivos y sociales, así como a derechos contemplados en los instrumentos internacionales firmados y ratificados por el Estado Mexicano. En este sentido, la búsqueda de exigibilidad de un derecho social por parte de Mini Numa a través del amparo fue novedoso, obteniendo un resultado inédito.

da lugar a luchas que reivindican derechos fundamentales. Mini Numa tuvo la capacidad de romper con un patrón de desarticulación social y comunitaria asociada a factores como la migración, la pobreza y la intervención de partidos políticos, entre otros.

Reviste especial relevancia que al día de hoy, independientemente de que los gobiernos estatal y federal están obligados a proporcionar el servicio de salud, la comunidad de Mini Numa sigue organizada y ha continuado con un proceso de formación de promotores comunitarios de salud. Ellos se encargan de monitorear que el servicio proporcionado por el Estado sea el adecuado, pero además pueden ofrecer atención médica primaria, e incluso combinan elementos de la visión occidental de la salud con los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional Na Savi.

De igual forma, frente a los rezagos sociales de la región y el vacío gubernamental, los promotores comunitarios de salud se hacen cargo de promover prácticas preventivas de enfermedades y modificar hábitos poco saludables, implementando campañas comunitarias que mejoran la vida colectiva, como limpiar los depósitos de agua y los medios de acarreo o distribución, lavar los alimentos, hervir el agua, entre otros, así como modificar –en lo posible– las condiciones de las viviendas que en ocasiones implican una sobreexposición al humo o al frío. Todo ello indica que ni antes ni después de este proceso, la salud ha estado sólo en manos de las instituciones gubernamentales, y que el haber logrado una sentencia favorable no significa que dependan totalmente de la acción estatal, sino que en la práctica están construyendo una propuesta plural de salud, aunque no haya una reflexión colectiva explícita sobre ello.

Desde la perspectiva de las ciencias sociales con compromiso social no sólo se enfrenta el reto de comprender y explicar la naturaleza de estos procesos y propuestas, sino de coadyuvar a la constitución de sujetos sociales que transformen su realidad, una realidad que hoy está cada vez más lejos la paz, justicia y dignidad, es por ello que con urgencia se necesita activar los viejos y nuevos actores sociales capaces de emprender un cambio, pero ¿cuáles son las condiciones que hacen posible ese tránsito, esa activación?

En el este trabajo se presentan elementos que pretenden dar respuesta a esas interrogantes tomando como centro de análisis la experiencia de lucha de la comunidad Na Savi de Mini Numa. En ella se destacan los factores y las condiciones que reafirman la condición de sujeto social de la comunidad, la cual, probablemente desde hace siglos sostiene prácticas colectivas y formas de organización y cohesión social que perfilan a un sujeto social, a veces en estado latente, en otros momentos en plena actividad, pero en cualquier caso, sujeto que, en medio de tensiones con otros sujetos y visiones del cambio social, va transformándose a sí mismo y a su realidad.

Así, la conformación de este sujeto social data de procesos históricos, políticos y sociales anteriores a la lucha por la salud, su construcción es paulatina e histórica, avanza y retrocede, no sigue un curso lineal y ascendente. Las movilizaciones por la educación o el agua o por el reconocimiento político del pueblo Na Savi anteceden al proceso que nos ocupa. Obviamente no podemos hacer una historia completa de Mini Numa, el objetivo general de la presente investigación se circunscribe al análisis del proceso citado y de la interrelación de su lucha con su propia re-construcción como sujeto social, así como de los factores internos y externos que posibilitan un proyecto de desarrollo que incluye otros ámbitos de su vida comunitaria.

Entre los objetivos particulares que guiaron la investigación se hallan los siguientes: identificar los antecedentes históricos, políticos y sociales de Mini Numa para conocer su procedencia, proceso de conformación, historicidad y elementos de su identidad que se conjugan para dar paso al desarrollo de la comunidad como sujeto social. Analizar el proceso de toma de conciencia mediante el cual la comunidad logra asumirse como sujeto social, en un contexto de extrema pobreza. Describir y analizar los problemas y detonadores del proceso organizativo de la comunidad indígena para lograr el reconocimiento y respeto a su derecho colectivo a la salud, como elemento que coadyuva al desarrollo comunitario. Analizar la estrategia de defensa (jurídica, política, mediática y organizativa) que permitió a una comunidad indígena hacer exigibles y justiciables los derechos económicos, culturales y sociales.

En relación a la metodología utilizada, recurrí tanto al enfoque cualitativo como al cuantitativo. En relación a este último se consultaron los informes y censos realizados por el INEGI, CONAPO y los de la propia Secretaría de Salud para dar cuenta, a través de cifras, de una situación de rezago y marginación en servicios básicos y en particular en servicios de salud en la Montaña de Guerrero, mostrando que las condiciones en que viven los montañeros no corresponden con los estándares de una vida digna.

En términos cualitativos recurrí a la entrevista abierta y cerrada; a la observación participativa practicada desde que llegué a la comunidad -en 2007- hasta el momento propiamente de la recopilación de datos para el desarrollo de esta tesis (2010); la realización de un taller a través de la metodología de la investigación acción participativa; y la revisión de material documental, tal como fotografías, videos, notas y reportajes de prensa, cartas de solidaridad, entrevistas en televisión, radio y prensa, boletines, informes, expediente del caso de Tlachinollan y el expediente judicial. A través de las entrevistas pretendí plasmar en esta tesis la voz de aquellas personas que habían participado en la lucha de la comunidad, su versión de lo que les significó a nivel familiar y comunitario padecer la carencia del servicio, de cómo percibieron la necesidad de un médico, de cómo decidieron organizarse y cómo lo hicieron, y de qué significó participar en el proceso organizativo mismo, sus propios logros y limitaciones, sus fortalezas y debilidades.

Para el diseño de las herramientas de investigación tuve presente que se trataba de estudiar a un actor colectivo e indígena, perteneciente a un mundo de vida con referentes, visiones, esquemas, lógicas, ideología y lengua propias, cuestiones con las que no estaba del todo familiarizada ni conocía completamente a pesar del tiempo que había trabajado con ellos. En algunos aspectos tenía ideas preconcebidas, prejuiciosas o terminantes, como el hecho de afirmar que Mini Numa había transitado de un actor pasivo a un sujeto social a raíz de la lucha por la salud, cuando en realidad en la vida cotidiana, la comunidad actúa como tal en diversas formas, espacios y momentos. Asimismo, al iniciar esta investigación me di cuenta de que presumía saber todo lo que necesitaba para sentarme a escribir

la tesis, así que traté de mantenerme vigilante conmigo misma y recuperar apertura, mi capacidad de escuchar y observar como si fuera la primera vez, pero al mismo tiempo partiendo de lo conocido para formular las pautas metodológicas de la investigación. Es difícil describir este espacio movido de la investigación: el sentir cierta seguridad de saber y a la vez evitar el error de creer saber lo suficiente. También vigilé mis vínculos personales y afectivos, mi simpatía política por la gente y su proceso, valorando por un lado su experiencia y por otro, tratando de reconocer los límites y fallas, también esto es difícil de lograr, pero cuando menos reconocí el punto de vista desde dónde estaba mirando el proceso e intenté despojarme de esquemas y suposiciones. Otra cosa que intenté fue "ponerme en sus zapatos", mirar desde su propio mundo de vida, actitud que permite comprender un poco más pero que obviamente es imposible de lograr de manera total, no fue tan malo, pues pisar en mis propios zapatos me permitió mirar desde fuera, lo cual también fue importante para tomar distancia y realizar este estudio.

Otro de los retos que enfrenté fue el transitar de una posición de acompañante y asesora -papel que dejé al renunciar a mi trabajo en Tlachinollan-, a la de estudiante investigadora, situación que se complicó porque las autoridades demandadas aún no daban cabal cumplimiento a la sentencia judicial y la comunidad tenía la expectativa de que yo mantuviera mi papel de asesora, y cuando aclaré que no podría hacerlo, no estuvieron totalmente de acuerdo pero respetaron mi nueva posición.

El no haber hablar la lengua tu'un savi fue un obstáculo para el intercambio, la comunicación y el diálogo con los sujetos, ya que mi monolingüismo y el hecho de que la mayoría de la gente de Mini Numa es también monolingüe, dificultó la comprensión y la comunicación, el registro de sus intervenciones, calibrar la profundidad de sus ideas, su cosmovisión, su concepto del buen vivir, de la vida digna o de la vida con derechos; cuestión que fue salvada parcialmente con el amable apoyo de una traductora de origen Na Savi que me acompañó en cada reunión, taller o entrevista.

Aunque viví en la Montaña de Guerrero durante cinco años, me hubiera gustado convivir más con la gente de Mini Numa, permanecer más tiempo en la comunidad, participar en sus dinámicas comunitarias y familiares, sentarme al fogón con las doñas, ir a la milpa, es decir, conocer más desde los adentros a la comunidad. Durante mi estancia en la Montaña fui de tres a cinco veces al mes a lo largo de dos años, pero habría sido ideal *estar en*, más que *ir a* la comunidad. El *estar* también tenía sus complicaciones pues en todo ese tiempo no me acompañaría la traductora y mi intercambio, en particular con las mujeres sería muy limitado. Otra limitante fue que los sujetos con quienes más tenía que acercarme eran hombres y en la comunidad no es bien visto que una mujer, aunque fuera la *licenciada*, los acompañara en sus actividades cotidianas. Compartía en cierto sentido la exclusión que padecen las mujeres de Mini Numa.

Las razones por las que dejé de acompañar a la comunidad se reducen a que dejé de colaborar con Tlachinollan después de cinco años de luchar por los derechos humanos en las regiones Costa y Montaña de Guerrero. Así que cuando dejé Tlachinollan, dejé también el estado. Y una vez que inicié mi actividad de estudiante e investigadora a través de la Maestría en Desarrollo Rural, visité la comunidad periódicamente.

A pesar de tantos obstáculos y retos, considero que mi estudio da la posibilidad de conocer una experiencia única, valiosa y posiblemente replicable, en la que un sujeto social comunitario, esgrimiendo el derecho como su principal recurso para resolver un sentido problema, logra vencer una normatividad tramposa de la Secretaría de Salud, que supuestamente le garantizaba el acceso a servicios de salud, cuando los enfermos y los muertos de Mini Numa indicaban dramáticamente que no.

La exposición del estudio se divide en tres capítulos. En el primero se presenta una breve aproximación al concepto del buen vivir, como concepto amplio, integral y alternativo al de desarrollo; también se expone el derecho a la salud, acompañado del marco internacional y nacional de protección a este derecho, haciendo énfasis en los contenidos de algunos instrumentos de protección particularmente internacionales.

En el segundo capítulo presento la situación de los derechos económicos, sociales y culturales en el estado de Guerrero, en la región de la Montaña y en la comunidad de Mini Numa, haciendo énfasis en el derecho al acceso a los servicios de salud, así como en la problemática regional y local en esta materia, contrastando esta situación con el contenido del sistema nacional de salud y los recursos que promete y dispensa el Seguro Popular. Asimismo caracterizo a la comunidad, empezando por el territorio mixteco y circunscribiéndolo de nuevo a Mini Numa, pues considero importante analizar los factores que integran, forman y constituyen el espacio desde el punto de vista histórico, geográfico, económico, social y cultural, para entender la constitución desde la cosmovisión e identidad náhuatl de Mini Numa.

Finalmente, en el tercer capítulo analizo la lucha comunitaria desde sus inicios hasta la ejecución de la sentencia judicial, mostrando los hilos que se van tejiendo a nivel comunitario, regional, nacional e internacional, para diseñar una estrategia de lucha de la comunidad en coordinación con el Centro de Derechos Humanos Tlachinollan. La historia del proceso deja ver obstáculos, retrocesos, logros y avances que dan cuenta de una lucha articulada, yuxtapuesta y en ocasiones un poco accidentada donde ese sujeto comunitario que late en múltiples acciones colectivas cotidianas, se alza con un rostro diferente, actuando de una forma inédita ante un problema social y buscando modificar su realidad. Es importante mencionar que la mayor parte de lo expuesto sobre el proceso, fue reconstruido por los propios actores y no sólo por mí, lo que permite al lector conocer la voz de los protagonistas.

Antes de arribar a las conclusiones menciono algunos elementos clave para responder la pregunta sobre la conformación y confirmación del sujeto social, constituyendo el cierre de un proceso de trabajo e investigación iniciado con Mini Numa desde hace cuatro años por parte de quien acompañara a esta comunidad en su lucha desde Tlachinollan, una lucha que se convirtió también en nuestra lucha, la de los defensores de derechos humanos que los acompañamos y que pugnamos por el reconocimiento, respeto y protección de los derechos colectivos de los pueblos indígenas.

CAPITULO I

1.1. El Buen Vivir

La lucha de Mini Numa por su derecho a la salud se inscribe en el marco de un proyecto de desarrollo que, desde hace casi tres décadas, ha abandonado la idea de proteger los derechos sociales para dar paso a reformas privatizadoras que por un lado obliguen a las y los usuarios a costear sus servicios de salud, y por otro, se conviertan en negocio del capital privado. Esta idea empresarial de la salud, entra en conflicto con un conjunto de derechos surgidos en tiempos posrevolucionarios que caracterizaban a un Estado social -cuando aún había la pretensión de garantizar derechos sociales como la salud-, como también queda en cuestión ante algunos acuerdos internacionales signados por los gobiernos mexicanos; y finalmente o por principio, contrasta y se contrapone con conceptos y prácticas indígenas relacionados con la salud y el bienestar, más cercanos a la idea del buen vivir que al desarrollo neoliberal. Por ello la pertinencia de hablar del buen vivir desde la cultura Na Savi, dado que si bien no es un concepto propio de este pueblo indígena, sí lo es la aspiración a un mejor nivel de vida, a una vida digna, que se entrelaza con el bienestar colectivo, en armonía con la naturaleza y el cosmos.

El término desarrollo fue pensado desde el centro económico y del poder para imponérselo a la periferia, pero desde un inicio, el concepto y la práctica del desarrollo han estado en el centro de una disputa que lleva más de medio siglo. Sus múltiples y cambiantes prefijos y apellidos: integral, humano, sostenible, social, alternativo, "Otro", participativo, equitativo, democrático, etc., en gran medida colocados por la presión y las experiencias de grupos sociales excluidos de los llamados frutos del desarrollo, que aprovechan la legislación y se apropian de derechos enmarcados en el desarrollo para exigir o intentar resolver problemas y necesidades muy sentidas. Además de los parches al concepto desarrollo y de la apropiación-expropiación de palabras a las que los grandes

tomadores de decisiones les dan un significado instrumental y adecuado para que unos crezcan, se desarrollen y vivan mejor, mientras muchos más sigan padeciendo carencias y necesidades insatisfechas. Hoy, la crisis civilizatoria y en particular la del desarrollismo ya no sólo alcanza a los de siempre sino que arriesga la vida en el planeta y hace falta revisar a fondo si el cambio social sigue pensándose desde el paradigma del desarrollo o si hay otra forma de ver la vida y el bienestar individual. Desde ahí es que se retoma el concepto del Buen Vivir.

Ante el fracaso o las promesas incumplidas del desarrollo, hace falta repensar el concepto y ver ideas y prácticas surgidas en otras matrices civilizatoria que quizá permitan no repetir los errores del desarrollo. La apuesta por el equilibrio en la relación de la sociedad con la naturaleza, la preocupación por la comunidad y no sólo por el individuo, la prioridad del bienestar sobre la ganancia económica, son principios y valores presentes en muchas culturas indígenas donde probablemente, antes que surgieran teorías y discusiones académicas, se ponían en práctica acciones que hoy se reconocen como alternativas. Si hoy el Buen Vivir se plasma en nuevas constituciones de Bolivia y Ecuador es porque el concepto estuvo vivo pero subsumido durante siglos y las nuevas correlaciones de fuerza permiten sacarlo a la luz.

Sumak Kawsay en quechua, Suma Qamaña, en aymara. Son expresiones de este concepto tan viejo como nuevo. La primera hace referencia a vivir bien, ni mejor ni peor que el de al lado, vivir bien, sin desvivirse por obtener más, y la segunda ('buen convivir') introduce la idea de lo comunitario, de una sociedad buena para todos en suficiente armonía.²

En oposición al vivir mejor del primer mundo, asociado al crecimiento continuo y el alto consumo en masa, el Buen Vivir defiende un modelo de vida más justo para todos y en ese sentido se aproxima a las aspiraciones de la gente de Mini Numa. En vez del actual sistema donde muchos tienen que vivir mal para

² Chato Pilar, *El Buen Vivir. repensar el desarrollo*, en blog Otramérica de sur a norte, en <http://otramerica.com/temas/el-buen-vivir-repensar-el-desarrollo/40>

que unos pocos vivan bien (para asegurar las desmedidas demandas de consumo y despilfarro del Primer Mundo tiene que haber un Tercer Mundo que aporte materias primas y mano de obra barata), el Buen Vivir habla de equilibrio, de un desarrollo en pequeña escala, sustentable, en armonía con la madre Tierra. La preocupación principal no es acumular, al contrario, se apunta hacia una ética de lo suficiente para toda la comunidad, y no solamente para el individuo. No se trata de socialismo frente a capitalismo, pues ambos se inscriben en una visión del progreso, dominio y explotación de la naturaleza, carrera tecnológica y una noción de bienestar ligada al alto consumo, aunque el primero busque satisfacer necesidades sociales y al segundo sólo le importe la ganancia; el buen vivir conecta las necesidades físicas y espirituales del ser humano con la sostenibilidad de la naturaleza, pero el buen vivir, aunque sea una visión ancestral de muchos pueblos, sobre todo los indígenas y rurales, es apenas un horizonte que recién aparece en la discusión sobre las alternativas de cambio social deseable y es una noción en la que la salud sería un eje central, pues ninguna sociedad puede preciarse de vivir bien si sus habitantes enferman y sufren o mueren pudiendo evitarlo.

Como apunta Boaventura de Sousa Santos, tenemos en el continente un debate civilizatorio, el cual no es simplemente una transición del capitalismo al socialismo, es otra cosa mucho más amplia, distinta al menos; es un debate de diferentes cosmovisiones, de diferentes concepciones de desarrollo y de diferentes concepciones de Estado que están intentando dialogar. Por eso Boaventura habla de dos transiciones en el continente: la transición del capitalismo al socialismo y la transición del colonialismo a la autodeterminación –a la posibilidad que se tiene de la convivencia en diferentes nacionalidades dentro del mismo estado-.³ Por eso habría que preservarla de las posiciones simplistas que sugieren una imposible vuelta atrás en el reloj de la historia. Pero, sobre todo, de las ilusiones neoproductivistas dispuestas a limarle su arista crítica y a convertirla en una consigna a medida de los informes de buenas prácticas tan

³ De Souza Santos, Boaventura, *Hablamos del socialismo del buen vivir*, en América Latina en Movimiento No. 452, febrero 2010, año XXXIV, II época, Quito, Ecuador.

caros al Banco Mundial. En ese sentido, la lucha de Mini Numa podría aportar a este debate, pues haciendo valer el principio de bienestar colectivo, esgrime simultáneamente la lucha por modernos derechos a la salud.

Frente al individualismo, la monetarización y la deshumanización, el Buen Vivir no puede concebirse sin la comunidad. Y aunque el escenario ideal sea el campo, las comunidades pequeñas, también en las ciudades brotan intentos: asambleas de barrio, búsqueda de espacios comunes, huertos urbanos, bancos de tiempo. La idea del Buen Vivir se presenta para muchos como una alternativa al pensamiento sobre el desarrollo y para más de uno es un hallazgo fundamental en la presente coyuntura del sistema mundial.

La necesidad de medir más allá de lo monetario para buscar otro desarrollo posible, en medio de crisis globales, hizo que mandatarios como el francés Nicolas Sarkozy, crease en 2008 la Comisión Internacional para la Medición del Desempeño Económico y el Progreso Social. Su director, el premio Nobel de Economía Joseph E. Stiglitz, se interrogaba en 2009 si el Producto Interno Bruto ofrece una buena medición de los niveles de vida. La comisión que preside llegó a una conclusión de que se utiliza de forma errónea cuando aparece como medida del bienestar. Por ello, en la constitución del reino de Bután aprobada en 2008 señala que "el Estado se esforzará en promover las condiciones que permitan la consecución de la Felicidad Interior Bruta". Fue en 1974 cuando Jigme Singye Wangchuck, durante su coronación, sentó las bases de esta filosofía que ha guiado la política de Bután y su modelo de desarrollo: "La Felicidad Interior Bruta es mucho más importante que el producto interno bruto".⁴

Las Naciones Unidas también modificaron sus indicadores de medición e introdujo la categoría IDH (Índice de Desarrollo Humano), en el que se incluyen valores intangibles como salud, educación, igualdad social, cuidado de la naturaleza, equidad de género y otros. Trata de enriquecer el sentido de 'calidad de vida' basado solo en consumir más y mejor. Según el IDH, la población de Cuba goza de mejor desarrollo humano que Estados Unidos aunque con un PIB comparativamente ínfimo.

⁴ Chato, *Ibid*

A manera de cierre, Gudynas establece que es posible concluir en un primer punto de acuerdo: el Buen Vivir implica cambios profundos en las ideas sobre el desarrollo que están más allá de correcciones o ajustes. No es suficiente intentar "desarrollos alternativos", ya que estos se mantienen dentro de la misma racionalidad de entender el progreso, el uso de la Naturaleza y las relaciones entre los humanos. Lo alternativo sin duda tiene su importancia, pero son necesarios cambios más profundos. En lugar de insistir con los "desarrollos alternativos" se deberían construir "alternativas al desarrollo". El Buen Vivir aparece como la más importante corriente de reflexión que ha brindado América Latina en los últimos años.

Aunque en México esta discusión no ha cimbrado el orden constitucional, ni los planes de desarrollo, sí se puede identificar con conceptos y prácticas de los pueblos originarios que, pese a los embates del desarrollismo, logran sobrevivir en resistencia. Mini Numa es uno de esos espacios sociales y territoriales en los que pervive otra noción de vida digna. A través de su lucha, la comunidad de Minu Numa está buscando esa felicidad interior que produce el bienestar físico, espiritual y social, la salud como un elemento del vivir bien de la colectividad. Claro que su lucha se da en un contexto donde está haciendo estragos el desarrollismo, o más bien la involución del desarrollismo, y donde la legislación y normatividad sobre salud se rigen por criterios cada vez más alejados, ya no digamos del concepto Buen Vivir, sino incluso del progreso y del Estado social; cada vez más cercanos a una idea de rentabilidad y de privatización de los servicios de salud. En ese contexto, el conjunto de derechos sociales, entre ellos el relativo a la salud, aparecen como un punto de apoyo importantísimo para defender la salud e incluso la vida de cada integrante de la comunidad y de la comunidad misma.

1.2 Derecho a la salud

La concepción de los pueblos indígenas respecto a la salud está ligada a una perspectiva integral del mundo; como consecuencia, se prefiere definir la salud en términos de un bienestar integral que incorpora la dimensión espiritual. Sin duda, la salud es parte de una noción del buen vivir colectivo, pero éste se defiende en el marco de un proyecto neoliberal que, más que desarrollo, produce marginación y pobreza e incumple derechos sociales, lo cual impide el bienestar físico, mental y social que pregonan los conceptos oficiales. Para poblaciones indígenas como Mini Numa, la posibilidad de mantener la salud, no sólo se finca en su concepto o en su sistema y sus agentes tradicionales de salud: parteras, médicos tradicionales, curanderos, etc., sino en un sistema público de salud que debiera garantizar sus derechos.

El concepto de "salud integral" abarca el bienestar biológico, el psicológico, el social y el espiritual del individuo y de su comunidad en condiciones de equidad. Vista así, la salud de las poblaciones indígenas resulta de la integración de elementos fundamentales, como el acceso a la tierra, el nivel de participación en la sociedad nacional y la libertad para vivir su propia singularidad cultural en lo que respecta a su alimentación, vestimenta, vivienda, trabajo, educación y, especialmente, sus posibilidades de acceso, acorde al derecho que les asiste, a los servicios públicos de atención de la salud en condiciones de equidad y dignidad. En otras palabras, la salud es parte de un modo de vida que ocurre en ciertas condiciones.

Desde otro plano, la salud, es un derecho humano que asiste a todas las personas, indistintamente de su género, religión, color, etnia, idioma. Es el derecho a la oportunidad de recibir atención de salud en lo personal, lo familiar y lo comunitario, y es deber y responsabilidad del Estado asegurar efectivamente los derechos a la salud de las poblaciones indígenas.

En salud, existe un enfoque de derechos compatible con el reconocimiento de la diversidad cultural de los pueblos indígenas y los derechos en materia de salud indígena, acorde a dos instrumentos fundamentales: Convenio 169 de la

Organización Internacional del Trabajo y Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas de la ONU. La falta de correspondencia entre el ideal de salud tiene implicaciones y alcances tan amplios, que la importancia de analizar las condiciones jurídicas que establecen los Estados para garantizar este derecho a las poblaciones indígenas, es equiparable al reconocimiento de sus derechos culturales y territoriales.

La lucha de la comunidad na savi de Mini Numa, se circunscribe al marco de los derechos humanos, y en particular, de los derechos colectivos de los pueblos indígenas. Los derechos, siendo conceptos dinámicos y en disputa, son finalmente una construcción histórica, producto de la lucha social en diferentes tiempos y espacios. Por esto mismo son invocados desde distintos actores, perspectivas, ámbitos y corrientes. Unos les llaman derechos humanos; otros, derechos ciudadanos y unos más, simplemente derechos, o bien, reduciendo su alcance, garantías individuales.

Sin embargo, parece ser que en términos teóricos y en cuanto a su contenido y alcance, los derechos humanos llevan ventaja por contar con un reconocimiento normativo a nivel internacional -y a nivel local en el caso de los Estados que armonizan los contenidos de instrumentos internacionales con su legislación-, lo que resulta en un andamiaje normativo para la defensa, garantía, respeto y promoción de los mismos, a través de instancias concretas que conocen de casos de violación a estos derechos y hasta cortes jurisdiccionales cuyas sentencias son de carácter vinculatorio. Pasemos entonces a revisar el andamiaje normativo del derecho a la salud.

1.2.1. Salud y estándares internacionales de protección

A lo largo del siglo XIX, se fueron afirmando progresivamente las bases para una disciplina y doctrina de salud pública, las cuales fueron creando una noción de salud como un derecho humano durante el siglo pasado. En 1946, estos avances conceptuales se cristalizaron, aunque todavía de forma incipiente, en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde se define la

salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. Asimismo, la constitución de la OMS supuso el primer reconocimiento a nivel internacional del derecho a la salud, al afirmar que "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica social".⁵

El progresivo reconocimiento del derecho a la salud en el ámbito internacional ha venido acompañado de una profundización en la conceptualización de dicho derecho. Así, la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria en Salud (1978)⁶ dispuso que "los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas", encaminadas a reducir el riesgo de enfermedad y de otros perjuicios y a ampliar su acceso a un estatus universal e igualitario. El elemento esencial de dicha obligación reside en la atención primaria de salud⁷, conforme al espíritu de la justicia social.

Posteriormente, la celebración de varias conferencias internacionales, la primera de las cuales tuvo lugar en Ottawa en 1986 y la cuarta y última en Yakarta, Indonesia, ha repercutido en la ampliación y actualización del concepto de la salud, sobre todo en cuanto a su carácter de derecho fundamental. La Declaración de Yakarta (1997) reiteró el nexo entre el derecho a la salud y el desarrollo social y económico e identificó los requisitos para su logro: "la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, el ingreso, el *empoderamiento* de la mujer, un ecosistema estable, el uso sostenible de recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad. Sobre todo, la pobreza es la mayor amenaza para la salud".

⁵ La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York, firmada el 22 de julio de 1946 y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

⁶ La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata el día doce de septiembre de 1978, emitió dicha Declaración considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. Ver en http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

⁷ La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, que representa el primer nivel de contacto de los individuos con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas.

Más allá del concepto, la interpretación del alcance y contenidos del derecho a la salud proviene –principal, mas no únicamente– de la Observación General No. 14 (OG. 14) del año 2000, en la cual el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales estableció el estrecho vínculo de aquél con el ejercicio de otros derechos humanos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. La OG. 14, logró delimitar con una considerable amplitud un derecho humano que, desde su reconocimiento en la Declaración Universal de Derechos Humanos, ha enfrentado ciertas reticencias por parte de los Estados para su cumplimiento efectivo.

Gracias al recorrido de un largo camino conceptual, la salud se ha constituido como un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, que, simultáneamente, descansa en la obligación de los Estados para proveer las facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud. En este sentido, Katarina Tomasevski afirma que el derecho internacional de los derechos humanos propone dos *normas* en relación a la salud, primero, la protección de la salud pública constituye una base legítima para los derechos humanos; y, segundo, el derecho a la salud crea títulos para los individuos y las correspondientes obligaciones para los gobiernos.⁸

Finalmente, el derecho a la salud, como uno de los derechos económicos, sociales y culturales, reviste obligaciones generales aplicables: la no discriminación; respetar, proteger y satisfacer; adoptar medidas inmediatas para hacer plenamente efectivo el derecho –que comprende la formulación de planes, políticas públicas y de provisión de recursos, incluidos los recursos judiciales–; garantizar el nivel o contenido mínimo o esencial de los derechos; y la obligación de progresividad, que implica que gradualmente se garantizará el ejercicio del

⁸ Abramovich, V. y González, F., 2001. *Materiales para el curso sobre litigio y activismo en derechos humanos*. Washington: American University-Washington College of Law. P. 111

derecho, con la correspondiente prohibición de regresividad o retroceso en dicho cumplimiento.⁹

1.2.1.1. El derecho a la salud en el sistema universal

La Declaración Universal de Derechos Humanos fue aprobada en 1948 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estableciendo, en su Artículo 25, el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; asimismo el derecho a la seguridad social.

Sin duda, el instrumento de la ONU más relevante para la protección del derecho a la salud es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966), por contener uno de los artículos más exhaustivos del derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud.¹⁰ El Artículo 12 dice:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas;
 - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad [...]

⁹ Abramovich, V. y Courtis, C., 2001. Hacia la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales. Estándares internacionales y criterios de aplicación ante los tribunales locales. En M. Carbonell, J. A. Cruz y R. Vázquez (Comps.), *Derechos sociales y derechos de las minorías* (pp. 139-210). México: Porrúa-UNAM.

¹⁰ A nivel regional, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ocupa el mismo estatus de preeminencia en la materia.

El debate sobre cómo concretar el derecho a la salud fue muy complejo, las principales controversias giraron en torno a la formulación del derecho y al conjunto de medidas para lograr su efectividad, así como a la disyuntiva de explicitar la obligación del Estado de brindar asistencia sanitaria.¹¹

No obstante, este debate nutrió la consideración del derecho a la salud en diversos tratados y declaraciones del sistema de Naciones Unidas en otros ámbitos. En este sentido, se identifica específicamente el derecho a la salud en la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965), en su artículo 5.e iv); en la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la mujer (1979), en los numerales 10 h), 11.1 e) y f), 12 y 14 b) y c); en la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), en sus artículos 23 al 27, 32 y 39; en el principio 4 de la Declaración de los Derechos del Niño (1959); en la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social (1969), en sus artículos 10 y 19; en la Declaración sobre los Principios fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso de Poder (1985), en los numerales 14, 15 y 19; en la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo (1986), en su artículo 8; en los artículos 25.1 a), 28, 43.1 e), 45.1 c) y 70 de la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (1990); en el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (1991); los Principios Básicos sobre Desplazamiento Interno (1998), y en particular relevancia para la presente tesis, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007), en sus artículos 21, 23 y 24, los cuales hacen referencia al derecho que tiene esta población a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, a mantener sus prácticas de salud y a tener acceso sin discriminación a todos los servicios de salud.

¹¹ González, Enrique. 2003. El derecho a la salud. En V. Abramovich, M. J. Añón y C. Courtis (Comps.), *Derechos sociales. Instrucciones de uso* (pp. 143-180). México: Doctrina Jurídica Contemporánea, Distribuciones Fontamara.

Las *Directrices de Maastricht sobre Violaciones a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (1997), establecen que los DESC imponen sobre los Estados tres tipos de obligaciones distintas: respetar, proteger y garantizar. A su vez, estas obligaciones incluyen elementos de obligación de conducta y de obligación de resultado.

Observación General 14: el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud
La Observación General No. 14 (OG. 14) fue publicada en el año 2000 y analiza la aplicación del artículo 12 del PIDESC, desagregándolo en cinco secciones: a) la descripción del contenido normativo del artículo mencionado; b) la identificación de las obligaciones de los Estados Partes; c) la naturaleza de las violaciones al derecho; d) las medidas para su aplicación en el plano nacional; y e) las obligaciones de los actores que no son Estados Partes.

En primera instancia, resulta útil aclarar que la referencia que se hace al "más alto nivel posible de salud física y mental" no se limita al derecho a la atención de la salud. Por el contrario, en ella se reconoce que el derecho a la salud abarca "una amplia gama de factores que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana", y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano. Asimismo, el concepto del "más alto nivel posible de salud" tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que dispone el Estado. Por lo tanto, **el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud**, enfoque integral que se aproxima o se intersecta con la noción integral de salud de pueblos como Mini Numa.

Como parte del contenido esencial del derecho a la salud, la OG. 14 identifica adicionalmente una serie de elementos básicos interrelacionados cuya aplicación depende de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte. Estos elementos se resumen como sigue:

- a) *Disponibilidad*. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. Esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹²
- b) *Accesibilidad*. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
- i. No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna.
 - ii. Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.
 - iii. Accesibilidad económica: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser asequibles económicamente para todos, con base en

¹² Esta visión occidental sobre los elementos básicos del derecho a la salud deja totalmente de lado los sistemas tradicionales de saber y de salud, en donde ubicamos a las parteras, curanderos, rezanderos, entre otros actores que lo conforman

el principio de la equidad.

- iv. Acceso a la información: comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud, sin menoscabar el derecho a la confidencialidad.
- c) *Aceptabilidad*. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.¹³
- d) *Calidad*. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Por otra parte, entre las obligaciones básicas e *inderogables* figuran la de *garantizar el derecho de acceso* a los centros, bienes y servicios de salud *sobre una base no discriminatoria*, en especial por lo que respecta a los *grupos vulnerables* o marginados; y la de adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una *estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública* para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de *toda la población*, con especial atención a todos *los grupos vulnerables* o marginados (párrafo 43, subrayado propio). Adicionalmente, el Comité DESC confirmó que entre las obligaciones de prioridad comparables a las básicas figura la de *adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas* (párrafo 44, subrayado propio).

¹³ Aquí también se advierte que solo se habla de “ser respetuosos con su cultura” pero no de inclusión de los elementos de sus sistemas de salud, pues solo la ciencia y la tecnología tienen cabida.

En materia de violaciones al derecho a la salud, el Comité DESC establece una pertinente distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12 del PIDESC y la renuencia de dicho Estado a cumplir esas obligaciones, concluyendo que un Estado que no esté dispuesto a utilizar el máximo de los recursos de que disponga para dar efectividad al derecho a la salud viola las obligaciones que ha contraído. Entre las violaciones de las obligaciones de *respetar*, cabe mencionar *la denegación de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud a determinadas personas o grupos de personas como resultado de la discriminación de jure o de facto* (párrafo 50, subrayado propio). De igual forma, entre las violaciones de las obligaciones de *cumplir*, cabe citar *la no adopción o aplicación de una política nacional de salud con miras a garantizar el derecho a la salud de todos* (párrafo 52, subrayado propio).

1.2.1.2 El derecho a la salud en el sistema interamericano

En el sistema interamericano se aprobó en 1988 la Convención Americana en materia de derechos económicos, sociales y culturales, y se adoptó el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador¹⁴), el cual ha significado un avance. En efecto, se define con mayor precisión el contenido de los derechos mencionados y se especifican las obligaciones y compromisos de los Estados. La consagración del derecho a la salud se establece en su artículo 10:

1. *Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.*
2. *Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:*

¹⁴ La aplicación del Protocolo de San Salvador es reciente pues entró en vigor a partir de noviembre de 1999.

- a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;*
- b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;*
- c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;*
- d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;*
- e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y*
- f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.*

Para finalizar este apartado es menester puntualizar que el marco de protección del sistema universal e interamericano al derecho a la salud está fuertemente marcado por una tendencia que considera a la medicina occidental como la única autorizada para diagnosticar, prevenir, atender y garantizar la salud, visión que permea también los sistemas de salud nacionales, estatales y municipales, de los cuales los sistemas de salud de las comunidades indígenas han sido excluidos. No obstante, este marco es un referente que abre la posibilidad de exigir su cumplimiento, apoyados particularmente en los instrumentos de protección a los derechos de los pueblos indígenas.

1.2.2 Marco nacional de protección

En el marco legal mexicano, la expresión 'derecho a la protección de la salud' sustituye a la del 'derecho a la salud', el cual, como se ha visto en el ámbito internacional, no sólo se remite a la protección, sino a la garantía y al respeto, bajo los criterios establecidos por la O.G.14. Ante ello, podríamos hablar de una reducción importante en el contenido y alcance del derecho a la salud en nuestro país. No obstante, es de resaltar que la reciente reforma constitucional en derechos humanos, modifica el artículo 1º para establecer la obligación del Estado para garantizar, proteger, promover y respetar los derechos contenidos en instrumentos internacionales de los cuales México es parte.

Así, la normatividad específica sobre el derecho a la protección de la salud se encuentra, entre otros documentos, en la Constitución Política de los Estados

Unidos Mexicanos, en la Ley General de Salud y en sus reglamentos, en las normas oficiales mexicanas que emite la Secretaría de Salud, en la Ley Federal del Trabajo y en la Ley General del Equilibrio Ecológico y Protección al Ambiente.

El derecho a la protección a la salud se elevó a rango constitucional en 1983 –justo cuando inicia el viraje neoliberal y se empiezan a escamotear los derechos sociales– mediante una adición al artículo 4º, en el párrafo tercero, el cual establece que: “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general (...)”. De ahí se deriva, tanto la universalidad del derecho como el establecimiento de directrices y normas secundarias que permitan su cabal cumplimiento por parte del Estado como regulador, coordinador y proveedor de los servicios para la prevención, la promoción y la recuperación de la salud.

Por otra parte, el artículo 2º constitucional fue reformado en el 2001 para incluir derechos de los *pueblos y comunidades* indígenas, el cual establece que las autoridades tienen la obligación de “asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil.”¹⁵

Asimismo, la prescripción hecha por el artículo 4º constitucional se desarrolla a través de la Ley General de Salud (LGS) publicada en 1984, la cual reglamenta el derecho a la protección de la salud en el marco del Sistema Nacional de Salud. Uno de sus propósitos –el que más interesa a la presente investigación– es el del “disfrute de los servicios de salud”. El concepto de ‘servicios de salud’ se refiere a todas aquellas acciones realizadas con el fin de proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la colectividad (art. 23).

¹⁵ En dicho artículo se advierte la siguiente formulación: “aprovechando debidamente la medicina tradicional” en lugar de incorporarla dentro del sistema de salud.

Según la naturaleza de los servicios de salud, estos se clasifican en: asistencia social, salud pública y atención médica.

Por asistencia social se entiende el conjunto de acciones dirigidas a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impiden el desarrollo integral del individuo. Por su parte, entre los servicios de salud pública que enumera la LGS se encuentran: la educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente; la prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes; la atención materno-infantil; la planificación familiar; la salud mental; la prevención y control de enfermedades buco-dentales; la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud; y la promoción del mejoramiento de la nutrición (art. 27).

La LGS, en su Título Tercero Capítulo II, define la atención médica como el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. En cuanto a atención médica se refiere, se encuentran las medidas preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica; las medidas curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; y, finalmente, las medidas de rehabilitación, que incluyen acciones que pretenden corregir la invalidez física o mental.

En suma, el derecho mexicano retoma elementos de protección y garantía del derecho a la salud del marco internacional de derechos humanos. Sin embargo, en los lineamientos internos de la secretaría de salud –como es el caso del Modelo Integrado para la Atención a la Salud (MIDAS)¹⁶–, restringe este derecho a su máxima expresión y homologa los criterios relativos a la prestación de servicios de salud en todo el territorio mexicano sin distinguir las regiones rurales de las urbanas, los lugares de difícil acceso, el tipo de población –población dispersa o con un alto grado de marginación–. Asimismo, dicha secretaría ha pretendido poner por encima de los preceptos constitucionales sus lineamientos,

¹⁶ El MIDAS es un conjunto de lineamientos establecidos por el gobierno federal en el que se detallan las funciones, operaciones y características de las diferentes unidades de salud que existen en el país.

evidenciando una importante contradicción en la prevalencia de las normas y, por ende, la negativa a garantizar el derecho ante los distintos reclamos de ciudadanía.

En este marco que acepta derechos universales para restringirlos mediante normas y leyes locales, no sólo los pueblos indígenas demandan reconocimiento y respeto a sus derechos, amplios sectores de la sociedad se encuentran imposibilitados para disfrutar de sus derechos más elementales, particularmente los DESC. No obstante, para el tema que nos convoca, resalta el que la comunidad de Mini Numa se apropia de los derechos constitucionales con todo y su sello liberal, occidental y homogeneizante, pues para resolver sus problemas de salud recurren a sus propios saberes sin intervención del Estado, pero también recurren a los derechos, saberes y recursos que el Estado promete o está en obligación de garantizar. Ellos, como otros pueblos indígenas, se apropian y adaptan o resignifican los derechos con una dimensión colectiva y culturalmente situada, lo cual también constituye un proceso de construcción de ciudadanía colectiva frente al Estado.

1.3 Breves notas sobre la exigibilidad y justiciabilidad de los derechos sociales

La historia del nacimiento de los estados sociales es la historia de la transformación de la ayuda a los pobres motivada en la caridad y en la discrecionalidad de la autoridad pública, en beneficios concretos que corresponden a derechos individuales de los ciudadanos. Si bien los principales derechos económicos, sociales y culturales han sido consagrados en el plano internacional en numerosos instrumentos, su reconocimiento universal como auténticos derechos no se alcanzará hasta superar los obstáculos que impiden su adecuada justiciabilidad, entendida como la posibilidad de reclamar ante un juez o

tribunal de justicia el cumplimiento al menos de algunas de las obligaciones que constituyen el objeto del derecho.¹⁷

De acuerdo con Abramovich y Courtis, si un Estado cumple habitualmente con satisfacer determinadas necesidades o intereses tutelados por un derecho social, ningún observador podría afirmar que los beneficiados por la conducta estatal gozan de ese derecho como derecho subjetivo, hasta tanto verificar si la población se encuentra en realidad en condiciones de demandar judicialmente la prestación del Estado ante un eventual incumplimiento. Entonces, lo que calificará la existencia de un derecho social como derecho no es simplemente la conducta cumplida por el Estado, sino la existencia de algún poder jurídico para actuar por parte del titular del derecho en el caso de incumplimiento de la obligación debida. Considerar a un derecho económico, social o cultural como derecho es posible únicamente si –al menos en alguna medida– el titular/acreedor está en condiciones de producir mediante una demanda o queja, el dictado de una sentencia que imponga el cumplimiento de la obligación que constituye el objeto de su derecho.¹⁸

De esta manera, los autores consideran que la condición de justiciabilidad requiere identificar las obligaciones mínimas de los Estados en relación a los derechos económicos, sociales y culturales y es éste, quizá, el principal déficit del derecho internacional de los derechos humanos tanto en la formulación de las normas que consagran los derechos, cuanto en las elaboraciones de los órganos internacionales encargados de la aplicación de los tratados y en los escasos aportes doctrinarios.

En el mismo documento los autores retoman lo que Scheinin señala en el sentido de que existen razones falsas y verdaderas que contribuyen a frenar el desarrollo de la justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales. Entre las razones falsas señala a las concepciones que atribuyen la no justiciabilidad como disvalor inherente a la naturaleza de esta categoría de

¹⁷ Abramovich, Víctor y Courtis, Christian, Hacia la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales. Estándares internacionales y criterios de aplicación ante los tribunales locales, pg. 11, en http://www.pi.gov.py/ddh/docs_ddh/Exigibilidad_de_los_DESC_Abramovich.pdf

¹⁸ Ibid

derechos. Entre las razones verdaderas menciona la vaguedad de los textos normativos en los cuales se formulan los derechos, y la falta de una práctica institucional de interpretación de esos textos, debido principalmente a la ausencia de mecanismos apropiados de implementación.¹⁹

Así, los derechos humanos deben ser justiciables para dejar de ser apenas una "obligación moral", es decir, para ser realmente derechos deben tener como contrapartida la figura de la obligación y la responsabilidad

Durante años, diversos actores se han dedicado a realizar un análisis profundo de los temas conceptuales relacionados con la justiciabilidad de los DESC. El contenido de las obligaciones asumidas mediante la ratificación del Pacto Internacional de DESC ha sido reconocidas por diversas fuentes, incluyendo:

- Abundante jurisprudencia emitida por organismos nacionales, regionales e internacionales;
- Gran cantidad de actas de conferencias nacionales e internacionales;
- El texto de numerosos instrumentos legales;
- Las observaciones generales del Comité de DESC;
- La experiencia de numerosos Relatores Especiales de la ONU que trabajan con diversos aspectos de los derechos económicos, sociales y culturales, como la vivienda, la educación, la alimentación y el desarrollo;
- Los dos informes del Experto Independiente designado por la Comisión para evaluar la cuestión de un protocolo facultativo al PIDESC y
- El trabajo de numerosos académicos y organizaciones defensoras de derechos humanos.

Estas fuentes han determinado que los DESC son o deberían ser, de hecho, justiciables.

¹⁹ Scheinin, M, *Direct Applicability of Economic, Social and Cultural Rights: A Critique of the Doctrine of Self Executing Treaties*, en Drzewicki, K., Krause, C. y Rosas, A. (eds.), *Social Rights as Human Rights: A European Challenge*, Turku, 1994, ps. 73-87, citado por Abramovich y Courtis, Op. Cit.

Por otra parte, la exigibilidad va más allá de su aspecto jurídico: es un proceso social y político que apunta por un lado, al uso, fortalecimiento y desarrollo de las normas nacionales y del sistema internacional de protección de los derechos humanos y por otro, a la promoción de procesos de construcción de ciudadanía. La exigibilidad de los derechos humanos en el campo de los DESC es el proceso en el que una persona, o grupo de personas que resultan titulares de éstos, demandan al Estado el cumplimiento de los mismos. Todos los derechos humanos son exigibles y constituyen obligaciones de los Estados que han ratificado las normas internacionales relacionados con los mismos. Esta exigibilidad puede realizarse mediante un conjunto de acciones: denuncia, movilización, campañas, difusión, defensa legal etc. Todo esto con el fin de evitar que el Estado retrase deliberadamente la realización progresiva de un derecho.

En el caso en estudio, la comunidad de Mini Numa logró, bajo un ejercicio de exigibilidad, la justiciabilidad de su derecho colectivo al acceso a la salud -como lo veremos en el capítulo III-, un logro importante y trascendente que marca un precedente en materia de derechos sociales.

CAPÍTULO II

CONTEXTO ESTATAL, REGIONAL Y COMUNITARIO

2.1 La situación de los derechos económicos, sociales y culturales en Guerrero

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (Conapo), Guerrero ocupa el primer lugar nacional con el mayor índice de marginación, contando con 37 municipios con un grado muy alto de marginación (45.67%) y 36 con alto grado (44.80%), lo que significa que la calidad de vida de los guerrerenses es indigna de un ser humano, pues no están cubiertas sus necesidades más apremiantes.²⁰

Ello responde al incumplimiento de los gobiernos federal y estatal de defender, promover y garantizar los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), consagrados en diversos artículos de la Constitución Mexicana y en numerosos tratados y pactos firmados y ratificados por el Estado mexicano, particularmente el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales²¹ y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador"²². En este marco, las estadísticas del INEGI registran un 27.18% de viviendas guerrerenses sin drenaje ni servicio sanitario, un 6.33% sin servicio de energía eléctrica, un 31.34% sin agua entubada y un 35.69% con piso de tierra, es decir, que el 64.85% de las viviendas no cuenta con algún tipo de servicio. Así también registra un elevado porcentaje de viviendas con algún tipo de hacinamiento, correspondiente al 55.06%.²³

²⁰ CONAPO, 2005. Indicadores socioeconómicos del Consejo Nacional de Población con base en el III Censo de Población y Vivienda 2005, y la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2005, IV Trimestre.

²¹ El PIDESC fue aprobado por el Senado el 18 de diciembre de 1980 y ratificado el 23 de marzo de 1981, publicado el 12 de mayo del mismo año en el Diario Oficial de la Federación. La Convención adicional a la Convención Americana sobre DESC fue aprobada por el Senado el 12 de diciembre de 1995, ratificado el 16 de abril de 1996 y publicado en el Diario Oficial el 1º de septiembre de 1998.

²² El Protocolo fue ratificado por el Estado mexicano el 16 de abril de 1996.

²³ INEGI 2005. III Censo de Población y Vivienda, www.inegi.gob.mx

En lo que refiere a educación las cifras son igualmente desalentadoras: el 19.88% de la población de 15 años o más es analfabeta, mientras que el 35.98% no cuenta con estudios de primaria terminados.²⁴ En la región Montaña el porcentaje de niños de edad escolar que no tiene acceso a la educación se eleva a un 44 por ciento. La Secretaría de Educación envía insuficientes maestros, sin embargo, a menudo no tienen el perfil para desarrollar el cargo de manera adecuada a pesar de que es la dependencia con el mayor presupuesto de la entidad. Frecuentemente los padres de familia se ven obligados a construir las aulas en donde estudian sus hijos, para compensar la falta de provisión por parte de las autoridades.²⁵

Lamentablemente las estadísticas de violaciones a los DESC se agravan aún más dentro del sector indígena de la entidad. Los indígenas pertenecientes a los pueblos Nahua, Na Savi, Me Phaa y Nn'anncue suman un 17% respecto a la población estatal, el 46% de ellos no recibe ningún tipo de ingreso económico y casi un cuarto de los que trabajan gana menos de un salario mínimo, o sea 50 pesos diarios. La pobreza, la desigualdad y los rezagos sociales son comunes en las zonas rurales e indígenas de Guerrero.

2.1.1 El acceso a la salud

En el campo de la salud los rezagos en cuanto a infraestructura y acceso a servicios médicos de calidad se ven reflejados en las muertes generadas por las *enfermedades de la pobreza* y por problemas relacionados con el parto. Según datos de la Secretaría de Salud, en el 2007 se reportaron 182 mil 373 casos de diarrea aguda entre menores de cinco años y 102 fallecieron como resultado.²⁶ El Conapo señala que entre 2006 y 2007 se registraron 265 muertes por desnutrición

²⁴ *Ibid*

²⁵ Centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinollan A.C., 2006. *Situación general de derechos humanos en el estado de Guerrero*. Tlapa de Comonfort, Guerrero.

²⁶ *La Jornada Guerrero*, 18 de diciembre de 2007.

y otras deficiencias nutricionales, 128 por anemias y otro tanto por enfermedades infecciosas intestinales.

A nivel nacional, el número de mujeres indígenas que fallecen por muerte materna triplica a la media nacional y son en los estados con mayor población indígena donde se concentran las tasas más altas. De acuerdo con datos oficiales hasta este 2008 se registró la más alta razón de muerte materna por cada 100,000 nacidos vivos: Oaxaca con 100.6, Guerrero con 97.7 y Chiapas con 80.5, en tanto que la razón de mortalidad materna a nivel nacional para el 2006 fue de 61.9.²⁷ Las circunstancias bajo las cuales mueren las madres al dar a luz a sus hijos responden a altos costos de una intervención médica, lejanía de los servicios y dificultades para acceder a un centro de salud, ausencia de vías de comunicación adecuadas, un servicio de baja calidad y un trato poco sensible a las especificidades culturales y a las prácticas en salud de las mujeres indígenas.

En relación a la infraestructura en este estado, durante los años 2004-2007 se invirtió solamente un 30% del presupuesto, a pesar de que el diagnóstico del secretario de Salud estatal, Dr. Luis R. Barrera Ríos, apuntaba a que el 97% de la infraestructura sanitaria requería rehabilitación o reconstrucción. En este porcentaje se encuentra el Hospital General de Tlapa, el cual data de hace casi un cuarto de siglo y tiene instalaciones deterioradas por la enorme afluencia de usuarios (casi 320 mil) de 19 municipios, pues es el único Hospital de segundo nivel en la Montaña.

En estos tres años sólo dos de los diez hospitales guerrerenses se ubican en las zonas de alta marginación, y entre 2000 y 2005 disminuyó la disponibilidad de servicios en la entidad: hay menos laboratorios clínicos, incubadoras, quirófanos y bancos de sangre. Cambios radicales fueron efectuados en cuanto al presupuesto entre 2004 y 2006, en tanto que el porcentaje dedicado a sueldos se cuadruplicó, mientras que los gastos en medicinas se redujeron a casi una octava parte, y la inversión en equipo médico descendió de un 29 a sólo 1%.²⁸

²⁷ Berrio Lina y Reyes Natalia, Kinal Antzetik A.C., 2008. "Las mujeres indígenas y la muerte materna" en Coalición por la salud de las mujeres. Retos Legislativos. México, Distrito Federal.

²⁸ FUNDAR, Centro de Análisis e Investigación A.C., 2008 "Infraestructura médica para la población marginada" en www.fundar.org.mx

Un cuadro comparativo sobre infraestructura y personal médico a nivel nacional y estatal ilustra las desigualdades, pues Guerrero se queda atrás a pesar de ser el estado con el mayor grado de marginación; el rezago podría perpetuarse por el reducido presupuesto de salud destinado a atender a más de tres millones de guerrerenses.

Hospitales	Nacional	Estatal	Porcentaje	Lugar nacional
Total	3,141	102	3.24	9°
Especialidad	333	9	2.70	12°
Personal médico	64,996	782	1.2	20°
Médicos generales	9,814	199	2.02	15°
Médicos especialistas	51,457	541	1.05	20°

Cuadro elaborado con datos del INEGI 2007²⁹

La gran mayoría de la población no es derechohabiente, una quinta parte tiene seguro, 12% con el IMSS, 8% con el ISSSTE; en cuanto al Seguro Popular, que fue diseñado para prestar servicios de salud a la población no derechohabiente, en 2008 y 4 años de estar operando alcanzó un 55 por ciento de su meta de afiliación en Guerrero, sobre todo en zonas de baja marginación.³⁰

Población total en el estado	Población no derechohabiente	Población con seguridad social u otro tipo de seguro médico	No especificado
3,115,202	2,307,777	738,033	69,392
100%	74.09%	23.69%	2.2

Fuente: INEGI 2005³¹

En relación a los indicadores sobre servicios médicos en el estado para el año 2006, se observan las siguientes estadísticas.

²⁹ INEGI 2007 en www.inegi.gob.mx

³⁰ En el apartado 2.1.2.1 de la presente tesis se presenta una amplia explicación sobre este Seguro y sus implicaciones.

³¹ INEGI 2007, Indicadores de salud del estado de Guerrero en www.inegi.gob.mx

Concepto	Número de habitantes	Lugar nacional
Recursos humanos por cien mil habitantes		
Personal médico en contacto directo con el paciente	121.4	23°
Camas censables	45.8	28°
Quirófanos	2.6	24°
Servicios por mil habitantes		
Intervenciones quirúrgicas	21	29°
Egresos hospitalarios	28.7	31°
Productividad diaria de los recursos		
Consultas generales por consultorio	20.6	25°
Intervenciones quirúrgicas por quirófano	2.2	26°
Hospitalización		
Porcentaje de ocupación hospitalaria	66.4	32°
Porcentaje de mortalidad hospitalaria	2.4	19°

Fuente: Indicadores de servicios médicos 2006. INEGI

El cuadro evidencia la magra infraestructura y el escaso personal médico con los que cuenta el estado, a tal grado que hay 121 médicos por cada 100,000 guerrerenses, de donde se desprende que hay un médico para cada 823.72 habitantes. Lo mismo se muestra en las camas y quirófanos, siendo que estos últimos presentan además, una productividad muy baja al realizar 2 cirugías por día.

Si bien las deficiencias de los servicios de salud en el estado son graves, en los municipios de muy alta y alta marginación son alarmantes pues muchas ni siquiera cuentan con unidades médicas. En las regiones de la Montaña, Costa Chica y Centro, se concentra el 17% de la población indígena del estado. Trece de los 19 municipios de la Montaña presentan un grado muy alto de marginación, y 10 de ellos se encuentran entre los cincuenta más pobres del país, incluyendo Cochoapa el Grande, el municipio más pobre de América Latina, cuyo rezago

social es comparable con África Subsahariana. En estas condiciones de extrema pobreza vale la pena observar cómo y cuántos son los servicios de salud en esta región.

2.1.2 Sistema Nacional de Salud

La falta de acceso y disponibilidad de los servicios de salud para la población marginada es un problema que requiere la urgente atención de los gobiernos a nivel federal y estatal. Sin embargo, la desigual distribución del presupuesto y la inequidad en el acceso a los servicios de salud son lastres que se vienen arrastrando desde que se creó el Sistema Nacional de Salud.

En 1943 se creó la Secretaría de Salud federal, la cual centralizaba el presupuesto y la prestación de los servicios sanitarios, aunque existían servicios coordinados en los estados, siendo hasta 1984 cuando se dio inicio al proceso de descentralización, al promulgarse la Ley General de Salud, en la cual se estableció la distribución de competencias. Dicho proceso fue impulsado en 1996 mediante el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, en el que se configuran los servicios estatales de salud con el fin de ampliar la cobertura de servicios y mejorar la calidad y eficiencia en la prestación de los mismos.

Sin embargo, este proceso mengua el papel del Estado (poco antes "de bienestar"), pero los estados dependen del presupuesto federal al carecer de fuentes propias de ingresos, estos hechos generaron una baja inversión en salud, una grave desigualdad sanitaria y una inequitativa asignación presupuestaria, incentivada por la vinculación de la asignación de recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) al inventario de infraestructura médica en cada estado. Así, estados con menores índices de marginación tales como Nuevo León, Aguascalientes y Baja California Sur, han recibido los mayores

recursos dado que ahí se localizaba el mayor número de unidades médicas.³² Estos criterios de distribución presupuestal ignoraron la noción de equidad y los diagnósticos sobre necesidades y capacidades en cada estado.

La grave desigualdad entre los servicios médicos de estados con bajos índices de marginación respecto a los de alta o muy alta marginación, la falta de acceso y la baja calidad en los servicios particularmente para la población más pobre, forzó al gobierno federal a idear el Sistema de Protección Social en Salud con el propósito de disminuir los rezagos mediante una transformación de la estructura financiera del sector salud.

Es así que el 15 de mayo de 2003, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto por el que se concretó la reforma y se adicionó a la Ley General de Salud la fracción II BIS creando el Sistema de Protección Social en Salud, cuya expresión programática es el Seguro Popular³³. En el caso particular del estado de Guerrero, en abril de 2004 se celebró el acuerdo de coordinación entre el ejecutivo federal y el ejecutivo del estado, acto inaugural de la ejecución formal del Sistema de Protección Social en Salud en la entidad.

La Ley General de Salud mandata que, como mínimo, el Sistema de Protección Social en Salud debe brindar a los afiliados los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.³⁴ Cabe

³² Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C., *Infraestructura médica para la población marginada. Propuestas para el uso y transparencia de los fondos del Fideicomiso de Protección Social en Salud en el PEF 2009*, sin fecha.

³³ Como se verá más adelante, con el Seguro Popular se busca implementar la ideología neoliberal de la prestación de servicios de salud desde la perspectiva de una mercancía y no como un derecho, entrando en contradicción con el marco de protección y garantía del mismo.

³⁴ Para una mayor comprensión, los tres niveles de salud comprenden a lo siguiente:

Primer nivel de atención: Deberá ofrecer los servicios básicos de salud que se enumeran posteriormente, cuyos proveedores serán los que conforman el Equipo Básico de Atención Integral. Estos servicios se ofrecerán a nivel domiciliario, comunitario, en establecimientos educativos, en las consultas externas de medicina general de clínicas, en centros y puestos de salud, en consultorios comunales públicos y privados, así como en centros de trabajo. Los establecimientos típicos de este nivel de atención son los puestos y centros de salud y las clínicas tipo I, II y III, como también la consulta de medicina general de las clínicas tipo 4 y de los hospitales periféricos y regionales.

Segundo nivel de atención: Brindará apoyo al anterior, ofreciendo intervenciones ambulatorias y hospitalarias por especialidades básicas: medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, psiquiatría y cirugía general, pero, adicionalmente de algunas subespecialidades como neonatología, otorrinolaringología,

resaltar que dicha prestación de servicios puede darse una vez que la persona se encuentre afiliada y que haya realizado el pago por el servicio de salud de manera anticipada, de acuerdo a su nivel socioeconómico, pues de lo contrario, deberá pagar por el servicio. En el caso de Mini Numa prácticamente toda la población tendría subsidio total para el Seguro Popular, dado su nivel socioeconómico, sin embargo, como uno de los requisitos para afiliarse es llevar acta de nacimiento de la madre y de los hijos, no todas las familias logran registrarse en el Seguro Popular.

Asimismo, la atención de enfermedades se hace en base al Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), el cual reduce la atención casi sólo a las enfermedades que requieren primer nivel de atención (centros de salud) y unas cuantas del segundo (hospital general), no así del tercero (hospital de especialidades), estableciendo además ciertos límites en la atención de los padecimientos. Casi toda la medicina que provee el Seguro Popular es preventiva.³⁵ Con estas restricciones, la meta para el año 2010 era afiliar al 100% de la población no derechohabiente.³⁶

La "democratización" de la atención a la salud aparece como uno de los ejes de la reforma, lo que significa que todas las personas que por su situación laboral no estén aseguradas por las instituciones públicas de salud o que no tienen un seguro privado de gastos médicos, accedan a una gama de servicios

ortopedia, cardiología, dermatología, oftalmología u otras, según el perfil epidemiológico de la población. Los hospitales que corresponden a este nivel de atención contarán con quirófanos dotados del personal y del equipo idóneos para realizar cirugía mayor poco compleja. Los establecimientos típicos de este nivel serán las clínicas 4 y los hospitales periféricos 1, 2 y 3.

Tercer nivel de atención Proveerá servicios ambulatorios y de internamiento en todas las demás subespecialidades, como son: gastroenterología, endocrinología, alergología, urología, vascular periférico, hematología, nefrología, infectología, neurología y fisiatría; además de intervenciones más complejas en las especialidades y subespecialidades incluidas en el nivel anterior. También brindará servicios de apoyo, diagnóstico y terapéutico, que requieren de alta tecnología y grado de especialización, según nivel de complejidad. Los establecimientos típicos son los hospitales regionales y nacionales generales o especializados.

Fuente: <http://portal.salud.gob.mx/>

³⁵ Contenido del CAUSES en www.salud.gob.mx/indrc/CAUSES.ppt

³⁶ En un informe realizado por Fundar en el año 2011, se señaló que de acuerdo con lo informado en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2010 (CP), la afiliación alcanzada fue de 12.3 millones de personas lo que representó 98.8% respecto a la meta planeada. Es de destacar que en 2010 se afiliaron más de tres veces la cantidad de personas afiliadas en 2009. Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C., *Seguro Popular: afiliación y presupuesto*, México, junio de 2011. Se puede ver en <http://fundar.org.mx/ymidinero/wp-content/uploads/2011/06/Fundar-Analisis-CP-2010-Seguro-Popular-09062011.pdf>

médicos sin que éstos estén condicionados a su capacidad de pago. En el ámbito estatal la población no derechohabiente es del 74% y en los 37 municipios de muy alta marginación el porcentaje de población no asegurada aumenta considerablemente hasta en más del 90%.³⁷

Para proyectar la reforma, la Secretaría de Salud identificó cinco desequilibrios financieros, reconociéndolos como determinantes para el ejercicio desigual del derecho a la protección a la salud:³⁸

1. Insuficiencia en el gasto (bajo porcentaje de los ingresos destinados al gasto en salud).
2. Inequidad e injusticia financiera (costos de los servicios de salud a cargo de las familias que solicitan el servicio).
3. Desigualdades en la distribución de los recursos públicos (concentración en instituciones que atienden a quienes cuentan con IMSS, ISSSTE)
4. Problemas en la asignación del presupuesto estatal.
5. En el destino del gasto (la mayor proporción se destina al pago de nómina con un bajo gasto de inversión).

De esta manera, discursivamente la reforma tuvo como objetivo corregir los desequilibrios financieros, definir corresponsabilidades entre diferentes niveles de gobierno y la ciudadanía, y dar contenido efectivo al ejercicio pleno del derecho a la protección a la salud. Sin embargo, por la vía de los hechos, la reforma “empuja hacia la privatización de los servicios que teóricamente debieran ser financiados y operados por el Estado; tiende a depositar los gastos en los usuarios; a responsabilizar a las mujeres que dentro de la familia y en las comunidades asumen el cuidado a la salud; o a dejar que la filantropía financie marginalmente algunas obligaciones estatales. Todo ello en concordancia con las recetas de un

³⁷ INEGI 2005. III Censo de Población y Vivienda, www.inegi.gob.mx

³⁸ Secretaría de Salud, Sistema de Protección Social en Salud. *Elementos conceptuales, financieros y operativos*. México 2005. Retomado de Meléndez Navarro David, *La Muerte materna en Guerrero al margen de la respuesta gubernamental. El desafío para el Seguro Popular*, en Muerte Materna y Seguro Popular. Fundar, Centro de Análisis e Investigación, México 2007.

interminable ajuste estructural que reduce el gasto público en salud y permite que el Estado se desentienda de muchas de sus obligaciones sociales”.³⁹

En este mismo tenor, Cristina Laurell destaca que la política de salud propuesta por el Banco Mundial (BM) obedece a varios objetivos. El primero es compatibilizarla con la doctrina neoliberal que ubica a la salud principalmente en el ámbito privado y sólo bajo ciertas condiciones como tarea pública. El segundo es adecuar esta política a las prioridades del ajuste fiscal lo que significa disminuir y reestructurar el gasto social público, incluyendo el de salud.⁴⁰

La primera premisa subyacente a esta propuesta es que la salud pertenece al ámbito privado. Por tanto, el Estado-gobierno sólo debe ocuparse de los problemas de salud cuando los privados no quieren o pueden resolverlos. A esta premisa se añade otra que se resume en que el sector público es ineficiente y frecuentemente inequitativo –debido a las diferencias de poder de presión sobre el gobierno de los distintos grupos- mientras que el sector privado es eficiente y más equitativo ya que obedece a la competencia y elección libres en el mercado. La tercera premisa, presentada como realista y pragmática, es que los recursos públicos para salud son y seguirán siendo escasos.

Frente este esquema, las responsabilidades del Estado se circunscribirían a lo siguiente:

- La producción de los bienes públicos⁴¹ en sentido restrictivo;
- Algunas acciones dirigidas al individuo con grandes externalidades, o sea, que implican beneficios colectivos más allá del individuo atendido;
- Medidas regulatorias y de información para contrarrestar las imperfecciones del mercado;

³⁹ Espinosa Damián, Gisela, 2004. *La feminización de los problemas de salud en el gobierno del cambio*, en Economía Informa. Num. 324, marzo, México, 2004

⁴⁰ Laurell, Asa Cristina, *La salud: de derecho social a mercancía*, en “Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud”, Fundación Friedrich Ebert, pg. 1 También se puede ver en http://www.javeriana.edu.co/Facultades/C_Sociales/Profesores/jramirez/PDF/laurell-saludymercancia.pdf

⁴¹ La definición utilizada de bienes públicos se basa en los criterios de no exclusividad –todos se benefician- y no rivalidad –su uso por alguien no excluye su uso por otros- Bajo esta definición restrictiva sólo entran en este grupo medidas como el combate contra vectores o la contaminación, cierta información, etc. La razón por la cual el gobierno debe hacerse cargo de ellas es que los privados no tienen interés en producirlos ya que no suelen venderse como mercancías.

- Algunas acciones con alto rendimiento de costo-beneficio para aliviar la pobreza crítica.

Estas responsabilidades corresponden estrictamente a aquello que es justificable dentro de la doctrina neoliberal ya que son tareas que los privados no pueden o quieren asumir.

2.1.2.1 Seguro Popular en Guerrero y sus resultados

A partir de un análisis comparativo de los años 2000 a 2005 realizado por David Meléndez Navarro, investigador del tema en el estado de Guerrero, con base en una serie de indicadores en la prestación de los servicios de salud, concluyó que éstos no han mejorado y que de hecho, en términos generales denotaron una regresión considerable en su disponibilidad a partir de la implementación formal del seguro popular.⁴²

Una de las explicaciones de esta situación reside en que el presupuesto del Seguro Popular es distribuido de forma inequitativa e inconsistente. Por ejemplo, en la evolución del gasto del seguro popular se observa que mientras el pago de sueldos va aumentando, el gasto para medicamentos disminuye drásticamente entre los años 2005 y 2006. De esta forma, los sueldos pasaron del 12% en 2004 al 51% en 2006, mientras que el gasto en medicamentos pasó de 39% en 2004, a solo 5% en 2006.⁴³

Así también, la distribución del gasto del Seguro Popular fue desigual entre las regiones del estado de Guerrero, teniendo que para 2005 la región de la Montaña, Costa Chica y Tierra Caliente fueron las menos favorecidas en el total del gasto, a pesar de que ahí se ubica el 59% de los municipios con muy alto grado de marginación. Llama la atención que en el año 2004, ni siquiera apareció la región de la Montaña, mientras que otras regiones con menos nivel de

⁴² Meléndez Navarro David, *La Muerte materna en Guerrero al margen de la respuesta gubernamental. El desafío para el Seguro Popular*, en Muerte Materna y Seguro Popular. Fundar, Centro de Análisis e Investigación, México 2007, p.83.

⁴³ Ibid

marginación se ubicaron como prioritarias: en 2006, a Acapulco se le destinó el 31% del presupuesto, mientras que a la Montaña sólo el 4%.⁴⁴

Asimismo, se hizo evidente que cuando se puso en marcha el Seguro Popular fueron excluidos los sectores de población más marginados, es decir, los pueblos indígenas, dado que los municipios de muy alta marginación -que en el estado suman 37- quedaron fuera del proceso de afiliación aún cuando en ellos se encuentra gran parte de la población objetivo del Seguro Popular. No obstante, para el primer semestre de 2006, el número de familias afiliadas en la Montaña era el 31% del total, lo que no se vio reflejado en el destino de recursos que, como se dijo fueron del 4%.⁴⁵

El número de afiliados hasta el primer trimestre del 2006 fue muy pequeño, apenas el 12% de las familias que no tenían seguridad social. Asimismo, de las 63,777 familias afiliadas hasta el tercer trimestre de 2006 solamente el 23% corresponde a población indígena, cuando el número de habitantes indígenas en la entidad se ubica alrededor de 526,791, aproximadamente 157,721 familias, lo que correspondería al 9%. Así, para el año 2008, el número de afiliados al Seguro Popular fue el correspondiente al 55% respecto a la meta del año 2010 en la que se pretendía tener a toda la población afiliada.⁴⁶

No obstante, más allá de las promesas y pretensiones de este Sistema de Protección Social en Salud, y de las inequidades en la transferencia del presupuesto, en la Región de la Montaña la afiliación se ha encontrado con enormes obstáculos. Uno de ellos tiene que ver con los documentos requeridos para el trámite de afiliación (acta de nacimiento, CURP, credencial de elector, comprobante de domicilio y copia del holograma de Oportunidades), puesto que hay un porcentaje importante de personas que no cuentan con acta de nacimiento ni con credencial de elector y menos aún con la CURP. Asimismo, el comprobante de domicilio es un requisito imposible de cumplir para quienes no cuentan con servicios. Ante ello, sin la dispensa de alguno o varios de estos requisitos o el apoyo para tramitarlos, un sector importante de la Montaña se quedará sin

⁴⁴ Ibid

⁴⁵ Ibid

⁴⁶ Ibid

posibilidad de afiliarse, lo cual significa que tendrá que pagar los servicios básicos de salud y los medicamentos. Lo anterior impedirá que la población más marginada pueda acceder a los servicios de salud. Sobre este punto se consultó en la Jurisdicción Sanitaria 04 de la Montaña para conocer qué acciones realizarían para salvar los obstáculos, recibiendo como respuesta que eso no era de su incumbencia y que le correspondía al DIF preocuparse por hacer más campañas de registro de nacimientos en las comunidades.⁴⁷ Al insistir en que la meta para el 2010 era tener a toda la población no derechohabiente afiliada, el Dr. Aarón Nájera, jefe de la Jurisdicción Sanitaria de la región Montaña, contestó que si la gente no buscaba la forma de afiliarse que no se quejaran después de que se murieran de a gratis.

Otro gran obstáculo con el que se enfrenta el Seguro Popular en su pretensión de garantizar al atención a todos los *nadahabientes* de la región Montaña, es un número importante de comunidades que no cuentan con unidades de salud, pues las más cercanas se encuentran a varias horas a pie y otorgan una atención muy básica, operando más bien como instancias de canalización de enfermos hacia el Hospital General en el municipio de Tlapa.⁴⁸

A pesar de que el Estado mexicano concibe el Seguro Popular como un instrumento que permitirá brindar servicios de salud a los mexicanos que no cuentan con seguridad social, distintos sectores sociales y académicos consideran que dicho programa es un instrumento a través del cual se institucionaliza una regresión en materia de derecho a la salud en México, a través de la violación de los principios de universalidad y gratuidad reconocidos constitucionalmente⁴⁹

Con el Seguro Popular se restringen los componentes de la seguridad social, pues se limitan a la atención de la salud y medicamentos; además se limita

⁴⁷ Entrevista con el jefe de la Jurisdicción Sanitaria, Dr. Aarón Nájera Moctezuma, 11 de junio de 2010.

⁴⁸ De los 19 municipios que conforman la Montaña, Tlapa es el corazón económico y sanitario de la región, pues ahí se localiza la Jurisdicción Sanitaria, el Hospital General de la Secretaría de Salud estatal y el Hospital de la Madre y el Niño Indígena, dependiente de la Secretaría de Salud Federal.

⁴⁹ Organizaciones y redes del Grupo Promotor del Informe Alternativo DESCA, *Informe de organizaciones de la sociedad civil sobre la situación de los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales en México (1997-2006)*, Informe Alternativo al IV Informe Periódico del Estado mexicano sobre la aplicación del PIDESC, pag. 121-123.

el número y tipo de servicios, así como el acceso a medicamentos como se aprecia en los siguientes puntos:

- a. El programa limita la seguridad social –asistencia médica, vivienda, seguros de maternidad, invalidez, cesantía, vejez, pensión– a la seguridad financiera –hacer un prepago que evita el gasto de bolsillo en el momento en que sucede la enfermedad– y que se enfoca a brindar servicios de salud con restricciones.
- b. La prestación de servicios y el acceso a medicamentos se limita a aquellos padecimientos incluidos en un listado sumamente limitado a diferencia del IMSS en el que se incluye la atención integral. Solamente incluye 11 de los múltiples padecimientos que requieren hospitalización, lo cual propicia la fragmentación del Sistema Nacional de Salud y la creación de mecanismos discriminatorios al establecer distintos tipos de servicios para ciudadanos en distinta situación socioeconómica y laboral.
- c. En cuanto a los mecanismos de financiamiento del programa se incluye una modalidad de “prepago” que suspende el servicio cuando se agota el plazo contratado. Asimismo, el Programa Seguro Popular se coloca en situación de vulnerabilidad y está sujeto a la posibilidad de modificarse, ver disminuidos sus recursos o eliminarse, en tanto sus recursos provienen del rubro del presupuesto público destinado a “subsidios”, sin contar así con la suficiente institucionalidad que le permitiría contar con un presupuesto anual propio. Esta vulnerabilidad es un tanto menor en los servicios prestados por el IMSS o el ISSSTE.

Sin distribuir, presupuesto millonario para infraestructura

La insuficiencia e inaccesibilidad de centros de salud y hospitales para la población es una seria limitante para solucionar las necesidades de atención médica. Asimismo, las graves deficiencias de infraestructura de las unidades de salud existentes son producto de la falta de inversión pública para mejorarla, ante lo cual, los gobiernos a nivel federal y estatal se excusan argumentando la falta de

presupuesto para la mejora y equipamiento de las mismas. Sin embargo, con la reforma a la Ley General de Salud en 2003 y la creación del *Seguro Popular*, la Ley General de Salud estableció que anualmente se destine una proporción del presupuesto de éste para atender la carencia de infraestructura, priorizando las regiones más marginadas.

De esta manera, a partir del año 2004 los legisladores han aprobado año con año mayores recursos para el Seguro Popular en el Presupuesto de Egresos de la Federación, parte de los cuales deben invertirse en la construcción o ampliación de centros de salud y hospitales, así como su equipamiento. Entre 2004 y 2008 se aprobaron 5,380 millones de pesos, de los cuales solamente 1,152 millones fueron transferidos a los estados para la realización de obras de infraestructura y equipamiento. Esto significa que hasta 2008, el 80% del presupuesto no fue transferido a las entidades para solucionar las graves deficiencias de infraestructura.⁵⁰ Para el 2008, los legisladores aprobaron 2,076 millones de pesos y al término del año únicamente el 7% de ese presupuesto fue transferido a los estados, es decir 147 millones de pesos.

La Comisión Nacional de Protección Social en la Salud, responsable de transferir estos recursos, ha permitido las reducciones en el ejercicio del gasto en centros de salud en entidades con alta y muy alta marginación, tales como Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Veracruz, entre otros.⁵¹ Si el problema no reside en la falta de recursos para invertir en infraestructura -aunque así se haya argumentado oficialmente-, entonces ¿dónde reside? ¿Será la falta de capacidad por parte de la Secretaría de Salud Federal para administrar estos recursos lo que explica el gran remanente que existe?

En este sentido vale la pena destacar la profunda contradicción que existe entre la situación que priva en la región Montaña respecto al derecho al acceso a servicios de salud de calidad y la información vertida en el presente apartado, ya que desde hace varios años el discurso del gobierno del estado de Guerrero para

⁵⁰ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, "Informe de Resultados 2008", México, 2008. Retomado del boletín de prensa titulado: *Ineficiencia de la Secretaría de Salud para invertir en clínicas y hospitales*. Fundar, Centro de Análisis e Investigación, 30 de marzo de 2009.

⁵¹ Boletín de prensa titulado: *Ineficiencia de la Secretaría de Salud para invertir en clínicas y hospitales*. Fundar, Centro de Análisis e Investigación, 30 de marzo de 2009.

justificar el grave rezago que hay en infraestructura, atención médica y medicamentos es la falta de recursos y el cada vez mayor recorte presupuestal que hace la federación. Sin embargo, la información indica que hay cuantiosos recursos para infraestructura y adquisición de recursos humanos y materiales a través de las cuotas del Seguro Popular, lo cual invalida el discurso de las autoridades, que buscan esconderse detrás de ello para no enfrentar su responsabilidad con el pueblo de esta entidad.

Es inmoral que habiendo tantos recursos aprobados no se canalicen, mientras niños, niñas y adultos mueren cotidianamente en las zonas más marginadas del país, ya sea Oaxaca, Guerrero, Chiapas o Veracruz, las entidades con mayores índices de marginación.

En condiciones de marginación y pobreza en la que se encuentran las comunidades indígenas como Mini Numa ¿cuántas muertes se pudieron haber evitado de contar con la atención médica necesaria? ¿cuántos pretextos más formulará la autoridad para no hacer frente a su responsabilidad? Un primer paso será reconocer el derecho que tienen todos los guerrerenses a exigir el reconocimiento y cumplimiento de sus derechos, ya que el gobierno lejos de reconocer estas luchas las minimiza y discrimina, condenándolos al olvido institucional, con lo cual castiga aún más su condición de pobreza y marginación.

Es necesario que el gobierno aprenda de las luchas sociales que exigen derechos, mecanismos y políticas para garantizar su pleno ejercicio, ya que hasta ahora las políticas han encubierto discriminación y no se abocan a atender las causas estructurales de los problemas relacionados con la salud de los pueblos originarios de Guerrero.

2.2 La región Ñu Savi de la Montaña de Guerrero

Los Na Savi (mixtecos) constituyen un pueblo indígena extendido en Oaxaca, Puebla y Guerrero. La población asciende a casi medio millón de personas. Se autodenominan *Ñuu Savi* (el pueblo de la lluvia) y hablan la lengua *Ndusu Tu'un Savi* (las palabras de la lluvia). Nombran a su territorio *Ñuu Savi* (tierra de la

lluvia). El territorio que ocupan lo cohabitan con otros pueblos indígenas: nahuas, chochos, namncué ñomnda (amuzgos), ixcatecos, me'pha (tlapanecos), triquis, afromexicanos y mestizos (García, 2007: 9).

En el estado de Guerrero los Na Savi se ubican en los municipios de Alcozauca, Atlamajalcingo del Monte, Ayutla de los Libres, Copanatoyac, Igualapa, Metlatónoc, Cochoapa El Grande, Tlacoachistlahuaca, Tlalixtaquilla, Tlapa de Comonfort y Xlapatláhuac. La población migrante se encuentra en Acapulco, Chilpancingo y Ometepec, así como en el estado de Morelos, el área conurbada de la ciudad de México, Sinaloa y Baja California. En los Estados Unidos se encuentran en ciudades como Los Ángeles, San Diego, Minnesota, Chicago y Nueva York.

En cuanto a la historia del asentamiento territorial, la división administrativa que impusieron los colonizadores fragmentó el territorio Ñuu Savi. En la actualidad se le designa como mixteca guerrerense, poblana, mixteca alta, baja, de la costa, entre otras denominaciones. Las políticas administrativas impulsadas por las autoridades en distintas etapas de la vida nacional dividió a los Na savi en jurisdicciones distintas. Sin embargo, este pueblo ha compartido una experiencia histórica común de explotación y resistencia. En la Montaña de Guerrero acompañaron a José María Morelos, Vicente Guerrero, Porfirio Díaz y Emiliano Zapata, entre otros.

El núcleo simbólico de su identidad está cimentado en la comunidad, la manera de adscribirse, autodefinirse y diferenciarse de otros pueblos. El núcleo simbólico de su identidad radica en savi (la lluvia); una entidad sagrada que provee de alimentos, bendiciones y buenas cosechas, asegura la vida y el florecimiento de las plantas y el maíz. Las fiestas de los Na Savi giran en torno al tiempo de secas y el de lluvias. San Marcos representa al Dios de la lluvia y San Miguel al de la fertilidad.

Jaime García Leyva afirma que la organización comunitaria es un mecanismo eficaz de reafirmación de la identidad. La participación de los individuos en la organización social y los eventos comunitarios les otorga

legitimidad y pertenencia al interior del grupo. Asimismo, se definen los derechos y obligaciones, se expresan los límites y un lugar físico y social en la comunidad. La cultura persiste en el desempeño de los cargos civiles y religiosos, en la realización de trabajos comunitarios, en el apoyo de las labores agrícolas y el intercambio del trabajo familiar y colectivo. El sistema recíproco de ayuda se brinda en las faenas colectivas, agrícolas y comunitarias. Se corresponde por respeto y para ayudar a los miembros de la comunidad. La comunidad vive en la cotidianidad, aunque también existan factores que tienden a fracturarla o debilitarla.

Los rituales y las fiestas son espacios de recreación y renovación identitaria y “fungen como memoria histórica” que actualiza los grandes eventos de fundación y organización del cosmos (Florescano 1995: 133). Los elementos cristianos y otros, han sido adaptados a las condiciones locales para enriquecer sus tradición festiva. Algunas celebraciones se relacionan con las fuerzas sobrenaturales. En los primeros días de enero se acude a *soku yuku* (la cima de los cerros) para pedir bendiciones, salud, buena cosecha, trabajo, en la lógica del equilibrio con las fuerzas del cosmos y del buen vivir a nivel familiar y comunitario. En abril la llamada de la lluvia coincide con el culto a San Marcos. Desde tiempos ancestrales en sus celebraciones daban importancia a los rezos, plegarias, palabras e innovaciones dirigidas a sus divinidades. Los sacerdotes realizaban fiestas y sacrificios en templos, cerros, cuevas y otros lugares de adoración donde ofrendaban copal e inciensos. Actualmente las ceremonias y rituales se extienden a diversos pueblos y se acompañan de comida, bebida y plegarias. Las mujeres parturientas de Melatónoc celebran el rito del baño de temascal. La parte ceremonial está a cargo de un rezandero que eleva plegarias en *Ndusu Tu'un Savi* y utiliza manojos de hierbas, varitas, huevos y velas. Otros rituales son el cambio de comisarios, el pedimento de la novia, el cambio de mayordomos, el nacimiento de los niños, la subida a los cerros cada año nuevo para cambiar los nombres de los habitantes y no padezcan de males ni enfermedades. En las celebraciones se sacrifican animales, se depositan flores, comida y bebida. Al ritmo de la banda de música de viento se presentan danzas, que por sorprendente

que pueda resultar, representan las que en tiempos de la colonia fueron impuestas por los españoles, tales como la que ilustra la lucha entre moros y cristianos. Es muy probable que en el caso de los sacramentos, dichas danzas fueran integrándose poco a poco en la vida cotidiana de los indios, "con algunas ambigüedades e incomprensiones." (Escalante y Rubial, 2004: 381).

El ritual de petición de lluvias es vital para los Na Savi, señala Jaime García. En abril se llama a la lluvia de los 13 mares para que provea el agua y haga florecer las plantas y el maíz. Se nombra a Yoko Savi, el espíritu de la lluvia. La celebración reafirma la identidad con sus entidades sagradas como la lluvia, el rayo, los vientos, los cerros, las nubes, las plantas, las cuevas, la tierra, los ríos, las almas de los muertos, los granos como el maíz, frijol, chile, y los espíritus de la montaña, entre otras deidades. La lluvia como entidad sagrada provee de agua y bendiciones para la cosecha.

Para los Na Savi la muerte es un paso a otra vida, pues la vida no termina con la muerte. Las almas de los difuntos están presentes en la vida cotidiana; ayudan a sus parientes vivos, velan por la comunidad, protegen de las fuerzas negativas y enfermedades, procuran buenas cosechas y bendiciones. Las almas se presentan en los sueños, se manifiestan con el aire de las tardes, en la comida y los caminos. Por ello los Na Savi les celebran una fiesta donde abunda la comida, las flores, el copal y la bebida y música. Depositán en altares y mesas los alimentos preferidos de los difuntos y acuden al campo santo a depositar una ofrenda floral y de alimentos y bebidas a las tumbas, en las que un rezandero eleva plegarias y le pide al difunto que cuide de sus familiares y vea con buenos ojos la ofrenda que le presentan. Asimismo, reza por los mayordomos, las autoridades y fundadores del pueblo. Ruega porque al comisario se le "ilumine su camino en su quehaceres cotidianos" y por el bienestar de la comunidad y llama a las almas para que "vengan a hacer justicia" (García, 2007: 11).

Por otra parte, en el tema del poder y las autoridades, destaca que el ejercicio del poder está relacionado directamente con el servicio a las deidades. El comportamiento personal de la autoridad repercute de manera positiva o negativa

en sus pobladores. Si se cumplen ciertas normas se garantiza la tranquilidad y el buen temporal, si se violentan los rituales se auguran pleitos, divisiones, amenazas de enfermedad y hambre. Las autoridades se eligen por medio de asambleas y consultas a la población. Los elegidos no actúan solos, están sujetos a las disposiciones del pueblo, a la opinión de los señores grandes y de los principales, pero también bajo la mirada de los espíritus de los antepasados. La autoridad del comisario o delegado se desprende del reconocimiento colectivo, otorgado en la asamblea comunitaria en la que fue elegido. Es el portador de la vara de mando, símbolo de poder comunitario y de justicia. Es el guía “el que camina adelante”, el hombre que representa los intereses del pueblo. Su cargo dura un año y es acompañado por un cuerpo de secretario, tesorero, comandantes y topiles, quienes no reciben remuneración alguna por el servicio que prestan al pueblo. El cambio de autoridades se realiza en enero, el mes de la renovación. La actividad forma parte del ciclo de ejercicio de poder comunitario y revitaliza el sistema organizativo basado en el cumplimiento de cargos. Es también una función que asegura a los sujetos un lugar, membrecía, reconocimiento y la reproducción de una costumbre ancestral vigente.

Por último es importante abordar brevemente el tema de la resistencia del pueblo Na Savi, para lo cual vale la pena retomar lo señalado por Albertani en el sentido de que “los desamparados han depositado en mitos y fuerzas sagradas las expectativas de cambio a causa de su incapacidad para actuar de manera más eficaz...”. Sin embargo, si “nos preguntamos a qué se debe la permanencia a través de los siglos de una identidad constantemente agredida y acosada por fuerzas mayores, descubrimos que el tenaz apego al pasado, a la tradición, al mito, se encuentra como manifestación de una irreductibilidad inquebrantable y una terca vitalidad. Sus expresiones pueden parecer fantásticas o irracionales, pero se trata siempre de luchas por la sobrevivencia del grupo en una situación en la que los problemas reales no pueden solucionarse por medios de otra índole”. (Albertani, 1997: 108)

Por su parte, el antropólogo Abel Barrera, director del Centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinollan, A.C, quien ha presidido desde hace 16 años

la dirección de esta organización no gubernamental dedicada al fortalecimiento de procesos organizativos y a la promoción y defensa de los derechos humanos de los pueblos me'pha, na savi, nahuas, nancué y mestizos de las regiones costa y montaña de Guerrero, comparte mediante una entrevista⁵² su conocimiento sobre los na savi y su cosmovisión, derivada del acompañamiento de múltiples luchas con este pueblo. Barrera hace énfasis en señalar que en términos históricos, el pueblo mixteco en Guerrero ha tenido la capacidad de resistir a pesar de tanto atropello social e institucional, en base a su arraigo a la tierra, la fortaleza del núcleo familiar y comunitario, sus costumbres, su cosmovisión y su lucha entrañable por no dejar de ser mixteco. "Este cuerpo colectivo es lo que le ha permitido resistir para soportar las inclemencias de la pobreza, el hambre, la discriminación, la falta de empleo, etc. Este espíritu de cuerpo comunitario y familiar es lo que les permite sentirse fuertes. Cuando la gente se decide a defenderse es capaz de todo, de detener a un funcionario, de correr a un cura, de matar al ladrón, de tener a un médico o de levantarse en armas, porque ellos lo hacen así, y lo vemos mucho en su lucha por la tierra, que es el ancla para el desarrollo de la familia y de la comunidad".

El antropólogo señala que los Na Savi tienen la capacidad de articularse en una lucha, en torno a una demanda, y son capaces de correr todos los riesgos y consecuencias para lograr una meta. "Hay estructuras básicas del pueblo mixteco que forman parte de la consistencia de organización de cara a la sociedad. Nosotros vemos cómo la asamblea es clave para la toma de decisiones, la lengua materna es fundamental para la comprensión cabal de lo que representa esta lucha, la construcción de liderazgos comunitarios que velan por los derechos fundamentales de la población, contruidos desde el seno familiar, del núcleo en el que nacen (...) Es la consistencia de su espiritualidad que les hace tener un carácter fuerte, que los hace sacar fuerzas más allá de lo que pueden". "Es muy fuerte su cosmovisión mixteca, su forma de ver el mundo, su forma de explicarlo tiene una dimensión sagrada. Pesa mucho el poder de los sabios y curanderos sobre lo que ellos pueden interpretar de los conflictos que hay en la comunidad o

⁵² Entrevista realizada en el mes de febrero de 2010.

los males que le aquejan. La de salud, bienestar, conflictos, asesinatos, está atravesado por concepción de que alguien está haciendo un daño o que las autoridades no están cumpliendo con los rituales”.

“Si no se toman en cuenta estos elementos, es muy difícil comprender por qué en ciertos casos la gente lucha, persiste, se mantiene o tiene fuerza para seguir adelante, para no decaer. Aquí mismo nos hemos preguntado ¿qué hace que la gente no pierda la esperanza?”.

2.2.1 Los servicios de salud en la Montaña

De acuerdo a información proporcionada en marzo de 2008 por la Jurisdicción Sanitaria 04,⁵³ la Región Montaña cuenta con 195 unidades de atención destinadas a atender 319, 993 habitantes de 19 municipios, distribuidos de la siguiente forma:

91 unidades auxiliares de salud

74 centros de salud para población rural dispersa

6 hospitales básicos comunitarios

14 brigadas móviles

8 Caravanas de Salud

} Atención Primer Nivel

1 Hospital General

1 Hospital de la Madre y el Niño Indígena

} Atención Segundo Nivel

De acuerdo al número de habitantes y de unidades de salud, en el supuesto en que todas se encuentren funcionamiento -lo cual es poco probable, dado que la responsabilidad de operar las unidades auxiliares de salud se le finca a las comunidades, mismas que en su mayoría no cuentan con medicamentos ni promotor de salud-, tenemos que cada unidad debe atender 1,834 personas. En cambio, si consideramos sólo las unidades de salud que cuentan formalmente con

⁵³ Solicitud de información hecha por el Centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinollan A.C., mediante oficio dirigido al jefe de la jurisdicción sanitaria, marzo 2008

médicos, cada unidad –sin contar las auxiliares- debería atender a 3,077 personas. Si bien sería útil realizar un análisis sobre los servicios que presta cada unidad de salud, en el presente apartado solo se desarrollarán los siguientes elementos⁵⁴.

Las **unidades auxiliares de salud** no están formalmente insertas en los Servicios Estatales de Salud, por lo que no cuentan con personal médico ni con medicamentos. Son unidades que generalmente construyen las comunidades a partir de su apremiante necesidad de contar con un servicio médico, dado que el gobierno del estado no les otorga ese servicio y, por lo general, al encontrarse en una zona geográficamente accidentada y con población dispersa, tardan de 4 a 12 horas de camino a pie para llegar al centro más cercano. En la mayoría de las ocasiones son atendidas por habitantes de la comunidad a quienes les ha sido asignado el cargo de auxiliares de salud para estar al pendiente de las brigadas móviles (en caso de que lleguen) y apoyar en las tareas de salud del Programa Oportunidades (higiene, alimentación, cuidado en el embarazo, peso y talla de niños).

Los **centros de salud para población rural dispersa** por ley y de acuerdo al Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS), deben contar con un médico que atienda a la población vecina, sin embargo, pocas son las que cuentan con un médico y en caso de tenerlo, éste no cuenta con los insumos necesarios para dar una atención primaria ni con los medicamentos más apremiantes, como serían los destinados a hidratar, a tratar una infección, a disminuir la fiebre y el dolor. A menudo los médicos que las atienden refieren que hay un desabasto de medicamentos en la Jurisdicción Sanitaria y que ellos no son responsables de negarles la atención a la gente que lo solicita.

Por lo regular, estas unidades están ubicadas en las cabeceras municipales y de acuerdo con el MIDAS deben prestar una *atención clínica básica, promover la salud y el saneamiento ambiental, detectar y controlar riesgos y hacer un diagnóstico temprano de enfermedades*. Para lograrlo, el MIDAS señala que

⁵⁴ La clasificación de las unidades médicas que a continuación se presenta fue retomada de los *Lineamientos del Modelo Integrado de Atención a la Salud*, documento elaborado por la Secretaría de Salud a nivel federal durante la administración de Vicente Fox.

deben de contar con un radio de comunicación y una ambulancia de apoyo, de lo cual con el primero ninguno de estos centros cuenta, mientras que el segundo sólo algunos municipios tienen ambulancia, sin embargo, ha resultado poco funcional debido a que el modelo de ambulancia no es apropiado para los terrenos de terracería de la Montaña, y segundo, porque la Jurisdicción no aporta ningún presupuesto para los gastos de traslado, dejándole a la gente la responsabilidad de cubrirlos, a sabiendas de que la población no cuenta con los recursos.

Uno de ellos está localizado en la cabecera municipal de Mellatónoc, el cual se encontraba asentado en dos vagones donados por la Fundación Vamos México desde el año 2005, sin contar con los servicios básicos de agua, drenaje y luz. Hasta el mes de julio de 2008, era atendido por un médico general para el turno de la mañana de lunes a viernes, quedando desprotegida la población para el horario de la tarde, noche y los fines de semana. Atendía a los más de 17,000 Na Savis que habitan el municipio. Actualmente, como resultado de la lucha de los Na Savis de la cabecera y de varias comunidades aledañas, particularmente la de Mini Numa, cuenta con cinco médicos que cubren todos los turnos, apoyados por el mismo número de enfermeras; así también desde noviembre del 2007 se está construyendo un centro de salud con servicios ampliados, en el cual, de acuerdo con información proporcionada por la Secretaría de Salud contará con los servicios de *atención primaria a la salud integral, con alta capacidad resolutive, servicios de especialidades como estomatología, psicología, salud mental, atención obstétrica de consulta externa y nutrición. Ofrece también diagnóstico de laboratorio e imaginología, cirugía de baja complejidad y telemedicina, y debe contar con equipo de comunicación con los centros de salud y hospitales de la red de servicios.*

De acuerdo con el contrato firmado entre la empresa constructora y dicha Secretaría, se desprende que la fecha de entrega de la obra totalmente terminada era para el 30 de junio de 2009.⁵⁵ Sin embargo, a un año de la fecha citada, el centro de salud no ha sido puesto en marcha, en tanto que desde el 2009, los

⁵⁵ Contrato que obra en el expediente de amparo 1157/2007 radicado en el Juzgado Séptimo de Distrito, interpuesto por el quejoso David Montealegre Hernández en contra de la Secretaría de Salud del estado.

médicos dejaron de atender en los vagones y se instalaron en la casa vieja del DIF municipal, lugar poco apropiado por su deterioro, su reducido espacio, la humedad y la falta de un almacén para medicamentos.

Los **hospitales básicos comunitarios** están ubicados en las cabeceras municipales de Alcozauca, Acatepec, Tlacoapa, Malinaltepec, Huamuxtitlán y Olinalá De acuerdo con el MIDAS, prestan *servicios básicos de salud, con alta capacidad resolutiva en medicina familiar, urgencias y padecimientos de alta prevalencia que requieren de servicios de medicina interna, cirugía general, traumatología, gineco-obstetricia, pediatría y geriatría. Cuentan con un área de hospitalización, laboratorio clínico, gabinete de imagenología, área de telemedicina y trasfusión sanguínea.* Cabe resaltar que el MIDAS señala que de acuerdo a las características socio culturales del lugar, se pueden incorporar servicios de medicina tradicional y complementaria.

Sin embargo, a pesar de lo establecido en los lineamientos, la realidad es diametralmente distinta, pues estas unidades no cuentan con los especialistas señalados. Testimonios del personal médico de estas unidades refieren que es difícil encontrar a un médico especialista que permanezca en el lugar y que aún cuando se logran conseguir plazas laborales, no resulta un estímulo suficiente para la contratación o permanencia.

Las **Caravanas de salud** son un programa nacional que *fortalece la estrategia para acercar los servicios de salud a las comunidades en microrregiones cuyas características de ubicación geográfica y sociodemográficas les impiden o dificultan el acceso a la red de servicios de salud. Las caravanas son el punto de contacto inicial de los habitantes de comunidades aisladas con la red de servicios de salud.*⁵⁶ De acuerdo con información proporcionada por el jefe de la jurisdicción sanitaria 04, en la región Montaña operan ocho unidades móviles, de las cuales solo se tiene conocimiento de la que opera en la ruta de Metlatónoc, cuya base se encuentra en la comunidad de Mini Numa, a la cual acuden a prestar servicio de manera irregular cada 15 o 20 días o hasta un mes o dos. En ella labora un médico y una enfermera, y aunque a los habitantes les prometieron un

⁵⁶ Secretaría de Salud Federal, 2007. Caravanas de la Salud, Modelo Operativo.

odontólogo, esto no fue así hasta el año 2009. De acuerdo con testimonios de los Na Savis de esta comunidad, la Caravana cuenta con poco medicamento y si presentan una enfermedad que no sea gástrica o respiratoria los canalizan a la cabecera municipal de Metlatónoc. También señalan que en época de lluvias la Caravana no va a las comunidades pues como es un carro poco apto para los caminos de terracería, especialmente porque es muy bajo y pega con los montículos de lodo que se forman en los caminos.

Respecto al presupuesto con el que cuenta este tipo de servicio, Fundar, Centro de Análisis e Información realizó una solicitud de información al Instituto Federal de Acceso a la Información (IFAI)⁵⁷, el cual fue respondido por la Dirección de Planeación y Desarrollo en Salud (federal), señalando que la "Caravana tipo III con clave CLUES GRSSA011922 está adscrita a los Servicios Estatales de Salud en el estado de Guerrero y atiende la ruta del Municipio de Metlatónoc. Los recursos asignados a dicha unidad médica móvil se realizaron en el año 2007 y 2008 para cubrir los gastos de operación" y que a través de los Convenios celebrados con la Secretaría del estado en el año de 2007 y 2008 se transfirieron más de 19 millones de pesos para la puesta en marcha de 10 unidades móviles. Un cálculo para determinar el financiamiento por unidad móvil indica que el monto asignado es de \$1,075,768.70 para el año 2007 y \$703,948.19 para el año 2008. Asimismo para el año 2009, el financiamiento fue de \$967,905.

Sin embargo, en dicha solicitud no se especifican los gastos particulares de una unidad de esa naturaleza, ya que las caravanas son de tres tipos, siendo que el tipo I ofrece un servicio muy básico de salud, mientras que el tipo III está equipado con *consultorio de medicina general con equipo estándar para la atención primaria y toma de muestras para cáncer cérvico-uterino y un consultorio de salud bucal, equipada con enlace satelital para la telemedicina, equipo de videoconferencia, ultrasonografía y electrocardiografía.*⁵⁸ En contraste, de los testimonios ofrecidos por los Na Savis de Mini Numa se desprende que desconocen que la Caravana ofrezca otros servicios además de la atención básica

⁵⁷ Solicitud de información ante el IFAI con número de folio 0001200042209.

⁵⁸ Secretaría de Salud Federal, 2007. Caravanas de la Salud, Modelo Operativo.

que le ofrece el médico general y que en la mayoría de los casos, son referidos a la unidad médica en Metlatónoc, lo que evidencia la incongruencia entre la alta designación de presupuesto con la utilidad real que tiene la unidad.

Por último, el **Hospital General** es la única unidad en la Montaña que presta un servicio de segundo nivel, pero que también, como los anteriores, se ha visto totalmente rebasada por la creciente demanda y las deficiencias en la prestación del servicio, además de contar con una infraestructura limitada e inadecuada. Ubicado en el municipio de Tlapa de Comonfort, el hospital debe atender a la población de los 19 municipios de la Región, la cual asciende a 319,393 habitantes. El hospital cuenta con 30 camas y un quirófano, además de una sala de urgencias con tres camas, y se prestan un promedio de 22 consultas externas en cada turno.⁵⁹

De acuerdo con el MIDAS, el hospital presta los servicios de *diagnóstico y tratamiento de especialidades básicas, consulta externa, hospitalización, laboratorio clínico y de patología, imagenología, urgencias y transfusión sanguínea*. No obstante se ha constatado que no cuenta con los recursos materiales ni humanos para atender esas *especialidades básicas*, y con las que sí cuenta, como pediatría, ginecología, anestesiología, cirugía, traumatología y ortopedia, así como medicina interna no cubren los tres turnos, además de que los fines de semana sólo se encuentran médicos generales. Así también cuenta con laboratorio y Rayos X, mismos que solo funcionan por la mañana y de lunes a viernes, no obstante, es muy común que los mismos médicos les pidan a los pacientes que acudan a laboratorios particulares a realizarse sus estudios. Lo mismo sucede con la farmacia, la cual opera de 8 a 3 de la tarde, por lo que los pacientes internados y los que acuden en la tarde o en las noches a urgencias, se ven obligados a conseguir el medicamento por sus propios medios.⁶⁰

⁵⁹ Información proporcionada por una trabajadora social que labora en dicho nosocomio, quien prefirió omitir su nombre.

⁶⁰ La información sobre las condiciones en las que opera el Hospital ha sido obtenida mediante la observación y el constante acompañamiento a habitantes de la Montaña que pedían al Centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinollan A.C. su intervención a fin de que se gestionara la atención debida de algún familiar o de ellos mismos, ya que es recurrente que padezcan actos de discriminación, falta de intérpretes, desabasto de medicamentos o negación en la prestación de algún servicio.

De acuerdo con información proporcionada por trabajadores de dicho nosocomio, desde que entró en operaciones el Seguro Popular hay más demanda pero no hay una atención de calidad por la escasez de personal y la deficiente infraestructura. Además, hay menos ingresos dada la reducción en las cuotas por los servicios prestados, por lo que el hospital tiene menos recursos para cubrir las necesidades más inmediatas.

Este hospital –construido en 1975-, no cuenta con sala de espera para el área de hospitalización y urgencias, por lo que es muy común ver a mucha gente sentada en el suelo de los pasillos o a la entrada del edificio. Esta imagen de niños, ancianos y mujeres sentados en los pasillos del hospital, esperando horas para ser atendidos –aún en casos de urgencia- o días para que su familiar sea dado de alta en hospitalización, es un lastimoso cuadro de pobreza, marginación y abandono, que aparece como introducción de lo que también es el hospital.

Este hospital es al que los montañeros aspiran a llegar cuando padecen alguna enfermedad y deciden salir de su hogar con la idea de ser atendidos en el centro de salud más cercano o el que está en la cabecera municipal, y ahí les dicen que no pueden hacer nada y que se tienen que ir al hospital hasta Tlapa. ¿Cuántas horas camina o se traslada la gente para acceder a un centro de salud? ¿Cuánto se gasta o qué es lo que hay que vender o sacrificar para tener dinero para el pasaje? ¿Y las medicinas? ¿Y la consulta?... Muchos no van, no tienen cómo. Se quedan en sus casas a morir y ni siquiera tuvieron derecho a una atención adecuada ni a ser un número registrado en las estadísticas de mortalidad. ¿Derecho a la salud? ¿Qué es eso? preguntan los indígenas campesinos, “aquí solo sabemos de trabajar la tierra para comer, porque si no comemos, nos morimos”⁶¹.

⁶¹ Participación de Na Savi de los Llanos en Asamblea en la que se discutía unir sus fuerzas con Mini Numa para luchar por su derecho a la salud.

2.3 La comunidad de Mini Numa

Mini Numa,⁶² es una de las 72 comunidades indígenas Na Savi del municipio de Metlatónoc, que se localiza a más de 2 horas a pie de la cabecera municipal. Metlatónoc. Ocupa el tercer lugar en el estado y sexto a nivel nacional por su muy alto grado de marginación, presentando un porcentaje de población analfabeta del 61%, mientras que el 76% de la población no terminó la primaria. Apenas el 1% de las viviendas cuenta con agua entubada, electricidad y drenaje, y el 86% de ellas tiene piso de tierra. La población total es de 17,398 habitantes, de los cuales solo el 2.5% es derechohabiente del Seguro Popular.⁶³

De acuerdo con testimonios proporcionados por los ancianos, el pueblo de Mini Numa tiene más de 100 años de estar asentado en su territorio actual. Su narración refiere que a principios del S. XX, dos familias provenientes de la cabecera municipal de Metlatónoc, se asentaron en el territorio que ahora se conoce como Delegación Municipal de Mini Numa, toda vez que era un lugar adecuado para la el pastoreo, la ganadería y la crianza de animales de traspalio. El bisabuelo del entrevistado, Nufre Montealegre Cortez llegó con su esposa, Torivia Guevara, a asentarse en terrenos que hasta ese momento “no tenían dueño” pero probablemente fuera tierra comunal de Metlatónoc; lo mismo hicieron los señores Quirino Hernández y Felicia Hernández, bisabuelos de la señora Catalina Montealegre Cano, de 90 años y la segunda de los entrevistados. Miguel Montealegre Moreno y Catalina coinciden en que la razón por la que sus familias decidieron asentarse en ese lugar fue porque era un terreno con buen pastizal para los animales, y que entonces decidieron construir sus casas e ir poblando el lugar al procrear a muchos hijos. El lugar también era adecuado porque tenía un ojo de agua que abastecía a las familias y animales, aunque el terreno no era adecuado para el cultivo de maíz, no sólo porque gran parte de su territorio es

⁶² Sin haber una traducción exacta al español, *Min* significa ojo de agua grande y *Numa* humo o bruma que sale del agua, haciendo referencia a que en la comunidad existe un gran ojo de agua en el que, en determinado momento del día, se ve como si le saliera humo.

⁶³ INEGI 2005. III Censo de Población y Vivienda

ladera, sino porque la tierra es poco fértil, así que tuvieron que buscar un lugar donde la tierra fuera adecuada para la siembra de maíz, frijol, quelites y ejotes, y fueron a encontrarlo hasta detrás de los cerros.

Don Miguel y doña Catalina refirieron que el nombre de *Mini Numa* también se lo asignaron sus ancestros y que sin haber una traducción exacta al español, *Mini* significa ojo de agua grande y *Numa* humo o bruma que sale del agua, haciendo referencia a que en la comunidad existe un gran ojo de agua en el que, en determinado momento del día, se ve como si le saliera humo. Asimismo, Don Miguel relató que aproximadamente en el año de 1986 convocó a sus familiares para que solicitaran el nombramiento como Delegación y el correspondiente sello oficial. Fue así que tras 12 años de lucha, fue reconocida Mini Numa como Delegación Municipal por el H. Ayuntamiento de Metlatónoc, asignándole a Don Miguel el sello como representante de la comunidad. Hasta 1998 la comunidad contó con un representante oficial en calidad de delegado municipal. Los entrevistados dicen que mediante la gestión de algunos líderes comunitarios -que se habían sumado ya a la conversación-, que durante ese año y el que le siguió (1998 y 1999), se construyeron en la comunidad las escuelas preescolar y primaria, así como el tanque de almacenamiento y abasto de agua, y se instaló la red eléctrica, con el apoyo de Agustín Meléndez, entonces presidente municipal de Metlatónoc.

Físicamente, Mini Numa no es muy diferente a las comunidades que le siguen en el camino que va de Metlatónoc a Valle Hermoso, casi límite con el estado de Oaxaca, pues las viviendas se caracterizan por estar construidas de adobe y techo de lámina o teja. La distribución de éstas es más o menos dispersa, aunque al centro de la misma, donde se ubica la comisaría o delegación municipal se observa una concentración mayor de viviendas que en la periferia.

Por otro lado, las parcelas de siembra se encuentran al otro lado del cerro que limita con la comunidad, las cuales se encuentran a cinco horas a pie, por lo que en un día de jornal los Na Savi salen de sus casas a las 3:00 a.m. para caminar hasta las 8:00 a.m. e iniciar los trabajos propios del cultivo de maíz o frijol.

Cerca del medio día descansan un poco para tomar sus alimentos a base de tortillas tipo tostadas, untadas con un poco de frijol seco. Pasados unos veinte minutos, retoman el trabajo hasta las 3:00 de la tarde para regresar a su casa cuando ya ha caído la noche.

El trabajo de jornal tiene sus tiempos y etapas, pues antes de sembrar hay que preparar la tierra, y una vez hecho esto, de acuerdo con los signos de las primeras lluvias, se debe echar la semilla y posteriormente hay que acudir a quitar la mala hierba, distribuir el fertilizante y cuidar de que animales o plagas no acaben con las plantas. Al ser una siembra de temporal, está a expensas de que las lluvias no se retrasen o de que no caiga una helada que queme la hierba. Si la siembra se logra, se hace la recolección y se efectúa una preparación previa del terreno para el próximo ciclo. Esto se hace una vez al año y, de acuerdo con testimonios recabados, lo utilizan meramente para el autoconsumo familiar para un promedio de 4 a 6 meses, dependiendo de la cosecha que se haya logrado.

A la pregunta de ¿cómo hacen para cubrir sus necesidades más básicas durante los 6 u 8 meses restantes? Los padres o madres de familia -a cargo de 5 a 7 bocas que alimentar- me han comentado que deben salir a trabajar como peones de albañil a Metlatónoc o a Tlapa, o bien, migrar a los estados del norte, como Chihuahua y Sinaloa, o bien, Morelos. En caso de que sus hijos ya estén en edad de trabajar, entre los 12 y 14 años, salen a buscar trabajo para apoyar a su familia hasta que forman la propia, que en algunos casos lo hacen en ese mismo rango de edad.

La migración es una alternativa casi obligada para poder atender sus necesidades más apremiantes. Sin embargo, también ha sido un medio a través del cual han conocido otras formas de vivir y otros mundos de vida. Entonces se complementa el anhelo de bienestar, equilibrio físico, material, espiritual, cosmogónico -lo que he asemejado al concepto latino del Buen Vivir- con el conocer diferentes mundos de vida, a los cuales de alguna forma buscan acercarse a ellos.

Este Buen Vivir es visto de diferentes formas por los ancianos que por los jóvenes. Los ancianos hablan de una aspiración al bienestar colectivo y armónico de la comunidad y a un mejoramiento en la calidad de vida, aunque reconocen que ha sido difícil llegar a ello. Sin embargo, han sido testigos de un mejoramiento en términos de servicios en la comunidad, confiados en que conforme pase el tiempo habrán mejores condiciones que logren concretar ese ideal de bienestar, del cual habrán de gozar a sus hijos y a sus nietos. Por su parte, los jóvenes hablan de una aspiración a vivir bien, aunque su inclinación va más hacia lo material, de acuerdo a lo que han visto y vivido en ciudades como Tlapa, Chilpancingo, Acapulco y algunos estados del norte, y menos se inclinan ya por el equilibrio espiritual y cosmogónico. Entonces pareciera, sin pretender afirmarlo, que el ideal del Buen Vivir solo es sostenido por los ancianos y la gente adulta de la comunidad de Mini Numa.

A pesar de las precarias condiciones económicas, casi todos los padres de familia mandan a sus hijos a la escuela preescolar y primaria, contando con una maestra para el primer nivel y dos para el segundo, dividiéndose los grupos de 1º a 3º y de 4º a 6º. En caso de que el alumno aspire a estudiar el nivel secundaria, debe acudir a la cabecera municipal de Metlatónoc, lo mismo para el nivel bachillerato o medio superior.

Respeto a la identidad, cultura y ritualidad, comparten los mismos rasgos que los Na Savi de la región, destacando que en esta comunidad su fiesta mayor es la del 8 de enero en la que celebran a la virgen de Guadalupe, para la cual nombran con anticipación de un año a los mayordomos y al comité que habrán de hacerse cargo de la fiesta.

Lo mismo respecto al sistema de cargos para las autoridades, siendo nombradas en Asamblea comunitaria en el mes de diciembre y tomando posesión del cargo a inicios del mes de enero. Siendo una delegación municipal, la cabeza de la comunidad es el Delegado, quien cuenta con un cuerpo de autoridades que lo apoyan en las tareas de dinamizar la vida y organización comunitaria, celebrar asambleas comunitarias cada vez que sea necesario, gestionar recursos, apoyos

o programas gubernamentales o ante otras instancias; resolver conflictos entre familias o vecinos, o bien, con otros miembros de la comunidad, entre otras responsabilidades. Ellos son el secretario, quien se encarga de levantar las actas de la asamblea, elaborar los documentos que dirige el Delegado a otras autoridades o actores, llevar con orden el archivo comunitario, y representar al Delegado en actos de representación cuando éste no puede acudir. Para ello no solo lo avala el nombramiento comunitario, sino un documento oficial expedido por el Ayuntamiento de Metlatónoc, además de su credencial y sello, éste último tiene un uso muy serio y de alto nivel de responsabilidad. Y así le sigue el tesorero, quien se encarga básicamente de recibir y administrar los recursos de la comunidad. También están los comandantes, primero y segundo, quienes se encargan de resguardar el orden entre los habitantes.

Entonces el Delegado y su cuerpo de autoridades tienen la responsabilidad de ejercer el poder comunitario y de reproducir y mantener sus instituciones comunitarias, la costumbre, las fiestas y cuidar del bienestar de los habitantes de la comunidad. En sus labores también es apoyado por los diversos comités que son nombrados por Asamblea. Por ejemplo, de manera permanente se nombra cada año al Comité de Salud, el cual se encarga de vigilar que el médico esté prestando una atención adecuada, que existan los medicamentos y el inmueble necesario para la prestación del servicio. También de manera anual se nombra al Comité de Fiestas, quien se encarga de las celebraciones, ritos y festividades religiosas. Los demás comités se nombran de acuerdo a las necesidades que la comunidad considere como prioritarias.

Cabe destacar que hay otros actores en la comunidad que han contribuido grandemente en el desarrollo de la misma: los líderes con los que la comunidad naturalmente cuenta. Es decir, son líderes por su calidad moral, por su valentía, por su capacidad de arriesgarse a lo desconocido, a hablar en público, a exigirle a la autoridad, asumir responsabilidades sin tener un cargo. Estos líderes apoyan a la autoridad a guiar a la comunidad, a tomar decisiones y a comprometerse a caminar con rumbo a la dignidad.

Respecto a los servicios con los que cuenta la comunidad se debe decir que más del 20% de las viviendas no cuentan con piso de cemento, como lo prometió el presidente Vicente Fox, siendo un porcentaje similar el que tampoco cuenta con servicio de energía eléctrica a pesar de haberla solicitado desde hace más de dos años. Asimismo, de sus 63 viviendas la mayoría están construidas a base de adobe y techo de teja. Respecto al abastecimiento de agua, en el año 1999 el presidente municipal otorgó recursos para construir el tanque de agua, aunque el material para su distribución tuvo que ser financiado por los mismos habitantes.

En relación al número de habitantes, en el año 2007 la población estaba compuesta por 334 personas que se dedicaban al cultivo principalmente de maíz y frijol, realizando esta tarea entre los periodos de migración.⁶⁴

Para finalizar con la caracterización de la comunidad, quisiera hacer referencia a un elemento relevante que llamó mucho mi atención. De acuerdo con los testimonios recabados de las mujeres, líderes, principales, ancianos y el delegado en funciones, Mini Numa tiene un índice mínimo de conflictividad, cuando no nulo. Mediante entrevistas formales, informales y conversaciones, resalta el hecho de que la mayoría de los habitantes tienen alguna relación de parentesco, es decir, son familiares, y si bien existen algunos desacuerdos con pocas familias, entre todos existe el respeto, la cordialidad y el compromiso de ser uno como comunidad. El Delegado refirió que normalmente, tanto en el periodo de su cargo como anteriores, no ha existido un conflicto que le valga su intervención o la de sus comandantes, y mucho menos la sanción con cárcel comunitaria u otro castigo. La explicación que el delegado da, es que a diferencia de otras comunidades, en general todos se respetan y no existe la costumbre de tomar alcohol para emborracharse, y que eso evita muchos problemas.

⁶⁴ Información obtenida como resultado de un censo elaborado en 2007 por miembros del Centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinollan A.C.

2.3.1 La problemática de salud en Mini Numa

Con lo anteriormente expuesto queda claro que el problema de la falta de acceso a los servicios de salud no es exclusivo la comunidad de Mini Numa, sino que es una problemática municipal e incluso regional. Si bien a lo largo de este trabajo se aborda la problemática de salud comunitaria, ilustrada con testimonios de lo que implicaba en la vida real y concreta de sus habitantes, vale la pena rescatar en este apartado los testimonios de mujeres Na Savi de Mini Numa que ilustran muy bien esta situación.

Las entrevistadas eran mujeres en edad madura, todas ellas con más de cinco hijos e hijas. Además de narrar las dificultades con las que se encontraron al pretender acceder a los servicios de salud cuando alguien de su familia enfermaba, en general refirieron que desde que ellas tenían memoria, en la comunidad siempre habían existido parteras y rezaderos o curanderos que se encargaban de atender los males del cuerpo y del alma de los pobladores. Las parteras además de ayudar a las mujeres a dar a luz, atendían problemas de salud propios de las mujeres, apoyándose en la medicina tradicional y en rezos; el curandero o rezadero curaba a hombres y mujeres cuando estaban enfermos del cuerpo o del alma –generalmente los males se deben a ambos, o uno era resultado del otro-, también apoyado por las propiedades de la herbolaria. Sin embargo, coinciden en mencionar que los conocimientos en medicina tradicional se han ido perdiendo, conociendo solo algunas propiedades de las plantas utilizadas para las enfermedades más comunes, aunado al uso cada vez más recurrente de la medicina alópata. No obstante, consideran que gracias a la sabiduría de las parteras y curanderos, los pobladores de Mini Numa han podido sobrevivir de generación en generación, ya que antes no había ni servicio médico en la cabecera municipal, añadiendo que aunque ahora hay, no las atienden. Asimismo, aunque no lo refirieron de manera explícita, dejaron ver que acudir al médico no es su primera opción, sin antes hacerse un te, ponerse fomentos o hacerse lavados con hierbas medicinales dentro del ritual del baño de temazcal, en donde también se elevan plegarias por la salud personal, familiar y comunitaria.

De la misma forma, dijeron no confiar en que los servicios de salud que ofrece el gobierno sean los más adecuados, tanto por el tipo de tratamiento que ofrecen –basado sólo en medicamentos- como por el trato y el desconocimiento y/o menosprecio de su cultura y cosmovisión. Refieren que es común recibir malos tratos de parte del personal que labora en el centro de salud, señalándolos de sucios, flojos e ignorantes, sobretodo si hacen referencia a creencias sobre su enfermedad o a curaciones con hierbas. Por otro lado debo mencionar que también es común escuchar a los médicos que la gente de la montaña se muere por su ignorancia y por su apego a creencias que solo los llevan a la tumba. De esta forma, se hacen evidentes los prejuicios y la desconfianza que privan entre ambas partes, situación que se ve reflejada en los siguientes testimonios:

La Señora Nieves Solano Montealegre de 64 años relata la experiencia que vivió cuando su esposo, Regino León Rojas, enfermó en el año 2003, sintiendo un dolor muy intenso en la espalda; como no tenían para pagar un viaje especial a Metlatónoc, se fueron caminando muy despacio a la cabecera municipal para que el señor fuera atendido. Después de cuatro horas lograron llegar al centro de salud, antes de que lo hiciera el médico, pero después de una larga fila de personas que habían llegado desde temprano, la mayoría provenientes de la misma cabecera. Cuando el médico llegó repartió las fichas y ellos tuvieron que esperar hasta las 15 horas pero como había terminado el turno del médico, debieron regresar a la comunidad llegando como a las 18 horas. En la noche su esposo empeoró y nuevamente regresaron a Metlatónoc en donde localizaron al médico pero éste les dijo que no los podía atender y que además no había medicamento, por lo que debían trasladarse a Tlapa, ciudad que en ese entonces se localizaba a cinco o seis horas en carro. Así que después de lograr que conocidos en la cabecera les prestaran dinero para irse al Hospital General de Tlapa, lograron llegar a dicho nosocomio en donde fue internado durante tres días, mejorando su estado de salud. La señora Nieves refiere que la pasó muy difícil pues no tuvo qué comer en esos días y que además le pedían que comprara medicamento, petición que no logró cumplir, pero que fue resuelta a través de gestiones que hizo la trabajadora social. Al poco tiempo de que regresaron a Mini

Numa, la señora Nieves cayó enferma, pero dada la experiencia en Metlatónoc, se fueron directamente a Tlapa, donde fue canalizada a Chilpancingo por tratarse de una enfermedad grave, pues no pudo ser atendida en el Hospital General por no contar con especialistas. Narra que en Chilpancingo la operaron de la matriz por un tumor que le encontraron y que por ello le cobraron 12 mil 500 pesos, dinero que consiguió prestado y que tardó muchos años en pagar.

Este tipo de experiencias fueron decisivas para participar activamente en la lucha de la comunidad por contar con un médico, y recuerda dos momentos en particular: el año 2005 y 2007, cuando la lucha de intensificó, ella y otras mujeres con experiencias similares decidieron apoyar a su Delegado en todo lo que la comunidad decidiera que debía hacerse. Y así como Nieves, también Marcelina, Amalia y Aurelia, refieren haber pasado por lamentables experiencias en las que tuvieron que buscar opciones para recibir atención médica no solo fuera de su municipio, sino de su estado, pues Mini Numa se encuentra a 5 o 6 horas de Juxtlahuaca, Oaxaca, en donde narran que en el Hospital ahí localizado reciben una mejor atención que en Tlapa, por lo que en varias ocasiones optaron por trasladarse hacia allá.

Entrevistadas por separado coincidieron en señalar la importancia de los espacios en que se reúnen las mujeres para platicar sobre los problemas de salud que padecían ellas y sus familias, siendo los más recurrentes en tiempos de calor que los niños padezcan de diarrea, vómito y fiebre, mientras que en temporadas de frío son las gripes con calentura las más frecuentes. Relataron que antes de tener médico platicaban sobre la necesidad de organizarse pues no contaban con ninguna alternativa de atención, ni siquiera en Metlatónoc –donde la mayoría de las veces no alcanzaba a ser atendidas o no había medicamento-, peor si era tiempo de lluvias o de frío, pues se hacía más difícil el acceso, por eso era importante organizarse y apoyar todos juntos la lucha de la comunidad. Refieren que la obligación de acudir a Metlatónoc a recibir las pláticas del Programa Oportunidades, así como el control del peso y talla de sus hijos, era un sufrimiento de cada dos meses, en el cual pasaban hambre, frío y cansancio, pues debían

cargar con todos sus hijos para cumplir con los requerimientos del programa y evitar que las dieran de baja.

También hablaron de las muertes de los niños, particularmente Marcelina habló de sus dos hijos que murieron en el 2005 sin haber sido atendidos por un médico, a pesar de haber insistido en Metlatónoc para que se fueran recibidos. Otras mujeres retomaron los casos de fallecimientos de mujeres por problemas relacionados con el parto y de otras personas adultas de las que nunca se supo la razón de su muerte. Algunos de estos testimonios fueron fundamentales en las argumentaciones de la violación no solo al derecho a la salud, sino a la vida, a la no discriminación y al desarrollo. La historia es como sigue:

En 2005 murieron dos niños que padecían fiebre, vómito y diarrea. Ellos eran dos hermanos: Fidel y Ofelia Montealegre Rojas, de 9 y 7 años de edad respectivamente, falleciendo el segundo 5 días después del primero. Ambos fueron llevados por padre David Montealegre y madre Marcelina Rojas, al centro de salud en Metlatónoc. En el primer caso refirieron que aún cuando acudieron en horario de atención no se encontraba el médico y tuvieron que regresar a su comunidad sin posibilidad de pagar el pasaje al municipio de Tlapa para ser atendido en el Hospital General. En el segundo caso, acudieron en la madrugada y aunque esperaron hasta medio día, el médico no llegó, por lo que regresaron con su hija en brazos a la comunidad a esperar un milagro, pero solo llegó la muerte como resultado de un rápido proceso de deshidratación.

Después de estas muertes, en el año que le siguió ocurrieron otras dos; nuevamente el caso de una niña, de nombre Olivia Vázquez Cano de 6 años de edad, con los mismos síntomas que los anteriores. La segunda muerte fue de Silvestra de los Santos Chávez de 22 años de edad, a causa de padecimientos relacionados con el parto sucedido apenas un mes antes. En esta ocasión, su esposo y padres llegaron con ella cargada en brazos al centro de salud en Metlatónoc, y aún cuando alcanzaron una de las 20 fichas que se reparten al día, el médico responsable les dijo que ya era muy tarde y que había terminado su

horario de trabajo, por lo que debían regresar al día siguiente, sin embargo, ya no regresaron porque Silvestra falleció.

Sin duda, estos testimonios ilustran con nitidez la problemática de la negativa al derecho a la salud, en un ámbito más amplio que la mera negativa al acceso a los servicios, ya que en la violación a este derecho se entrelazan diversos grados de conculcación de derechos como a la vivienda, el trabajo, la alimentación, la libre determinación, la no discriminación, entre otros, siendo todo ello reflejo de una problemática estructural y añeja, en la que lejos de establecer pautas de cumplimiento, se anquilosan las alternativas en discursos como el de la falta de presupuesto.

CAPÍTULO III

LA LUCHA POR EL ACCESO AL DERECHO A LA SALUD:

EL CASO DE MINI NUMA

Esta comunidad na savi, como las demás de la ruta Metlatónoc-Los Llanos-El Choki-Zapote Cabezón-Valle Hermoso⁶⁵, compartían una historia de sufrimiento al no contar con servicios de salud en su comunidad, si acaso –de manera esporádica– llegaban las brigadas de vacunación, enfermeras, el técnico en atención primaria a la salud, o bien, los promotores del programa Oportunidades para verificar el peso y talla de los niños, pero no existía ningún servicio formal de atención médica. Por ello y ante la problemática de salud que se ha expuesto, la comunidad na savi de Mini Numa decidió organizarse para exigir el cumplimiento de su derecho a la salud a contar con un servicio médico.

3.1 Las etapas del proceso de lucha

Con la finalidad de proporcionar una mirada de conjunto, haremos el recuento y caracterización de los periodos que conforman al proceso de lucha. Un primer periodo comprenderá del inicio de la lucha comunitaria en el año 2003 hasta el momento de pedir apoyo a Tlachinollan en mayo de 2007. El segundo, corresponderá al inicio del trabajo conjunto del diseño de la estrategia hasta la sentencia de amparo en julio de 2008, y el tercero y último, de la sentencia hasta el año 2009.⁶⁶

⁶⁵ Para una mayor ubicación se puede recurrir al mapa expuesto en el capítulo II.

⁶⁶ La información que a continuación se presenta es retomada del trabajo de documentación y defensa que la autora del presente trabajo y otros miembros del Centro de Derechos Humanos Tlachinollan realizaron en coordinación con la comunidad de Mini Numa, la cual se encuentra en el archivo del caso que guarda este centro. Parte de esta información ha sido publicada en Centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinollan A.C. 2009. “Guerrero: donde se castiga la pobreza y se criminaliza la protesta”, XIV Informe, Tlapa de Comonfort, Guerrero, México, junio 2009.

3.1.1 Los primeros años de lucha; un recuento desde los propios actores

Los na savi de Mini Numa decidieron organizarse desde el año 2003 para demandar a las autoridades sanitarias de Tlapa el envío de un médico y medicamentos. Es así que para los fines de la presente investigación, recabé testimonios de algunas personas clave que participaron activamente en la lucha por el derecho a la salud. Entre ellos están los delegados municipales que ejercieron este cargo entre los años 2003 a 2007, así como algunos *Principales*⁶⁷, mujeres y ancianos de la comunidad.

Francisco Montealegre Hernández,⁶⁸ delegado municipal en el año 2003, recuerda que en ese tiempo estaba trabajando la enfermera Margarita en la comunidad próxima de Los Llanos, que pasaba a Mini Numa a revisar y pesar a niños y mujeres en las instalaciones de la escuela y que después se iba. Esto lo hacía cada mes o cada dos meses, por lo que básicamente su labor era llevar un control de peso y talla. Sin embargo, Margarita se fue un día porque tuvo problemas con gente de Los Llanos, dejando en la escuela de Mini Numa muchos medicamentos. Por esta situación, el delegado acudió a las instalaciones de la Jurisdicción Sanitaria en Tlapa, pero refirió que jamás fue atendido por el jefe de la misma.

Por su parte, Ramiro Cortés Saavedra, quien fuera delegado municipal en el año 2004, cuenta que decidió convocar a una asamblea para tratar el tema de la falta de médicos que atendieran a la comunidad. En esa reunión se preguntaban cómo podían conseguir uno, siquiera uno, puesto que trasladar a pie a los enfermos a Metlatónoc era complicado. Era peor si pese a tanto esfuerzo no había los medicamentos para su tratamiento o si no alcanzaban ficha para ser atendidos.

⁶⁷ Principales son aquellas figuras que se consideran con autoridad moral en la comunidad, constituyéndose en un referente. Generalmente, han ocupado diferentes cargos comunitarios, siendo el más importante el de Delegado municipal.

⁶⁸ Lo que aquí se expone es resultado del taller participativo realizado en Mini Numa durante los días 12 y 13 de junio del año 2010. Es así que se comparten los testimonios ofrecidos por los señores Francisco Montealegre Hernández, Ramiro Cortés Saavedra, Alfonso, Marco Faustino, Rufino y David, de apellidos Montealegre Hernández, quienes fungieron con Delegados Municipales del 2003 al 2007, respectivamente, encomendándoles el cargo por un año.

Los habitantes de Mini Numa conocían las penas y esfuerzos que implicaba llevar un enfermo a cuestras a Metlatónoc y finalmente no ser atendido.

Los entrevistados comentaron que la falta de atención se debía a que el médico no estaba en su lugar y horario de trabajo o a que tenían que esperar toda la mañana para ser atendidos y después de tantas horas, el médico salía a decirles que ya era muy tarde, que ya había acabado su turno y que regresaran al otro día. En la asamblea también se habló de que en otras ocasiones cuando llegaban al centro de salud de Metlatónoc, montado en dos vagones donados por la Fundación Vamos México, los ponían a hacer la limpieza del lugar y que después de la consulta el médico sólo les daba aspirinas y los mandaba a comprar la medicina a Tlapa pues no había en Metlatónoc.

El Delegado refirió que ese tiempo también se registraron muertes de niños y de señoras pero que nunca supieron la razón pues no alcanzaron a ser atendidos por un médico. Fue entonces que partiendo de las penosas experiencias y conscientes del problema, la comunidad reunida en asamblea decidió organizarse para solicitar un médico, para lo cual se formó una comisión que iría a la ciudad de Tlapa a plantear su solicitud al Dr. Aarón, Jefe de la Jurisdicción Sanitaria 04, pero éste les contestó que no había personal y que revisaría cómo se había dado el conflicto con la enfermera que cubría la zona, para ver si Mini Numa había estado involucrada.

Posteriormente, por decisión de la comunidad, acudieron nuevamente a la Jurisdicción Sanitaria 04 para ver si ya tenían respuesta favorable. El Dr. Aarón contestó que si tenían una casa de salud había posibilidades de que les mandaran a alguien –quizá apostando a que no podrían tenerla–, entonces el Delegado respondió que sí tenían, que en la escuela había espacio para que el médico atendiera.⁶⁹ Ante ello, el jefe de la Jurisdicción les respondió que en realidad su comunidad era muy pequeña y no se justificaba un médico.

⁶⁹ Es posible que el Dr. Aarón estableciera de forma premeditada un condicionamiento que frenaría su insistencia de contar con el servicio de salud en la comunidad. Mini Numa no fue un caso aislado, pues la misma condición impuso a la comunidad de Yuvi Nani, la cual le estaba solicitado médico desde varios años atrás. El jefe de la Jurisdicción Sanitaria no contaba con que la perseverancia de ambas comunidades lo enfrentaría a cumplir su propia palabra. ¿Cómo dice ese viejo proverbio...? ¿El pez por su boca muere?

El delegado de Mini Numa regresó una tercera ocasión a solicitar un médico y, al recibir la misma respuesta, la comunidad dejó de insistir en ello, considerando lo que el jefe de la jurisdicción les había dicho: que debían contar con un terreno para construir la casa de salud, y al no poderlo conseguir en ese entonces, decidieron posponerlo.⁷⁰

Por su parte, Don Marco Faustino Montealegre Hernández, quien fungiera como Delegado en el año 2005,⁷¹ relató que acudió dos veces a la Jurisdicción a presentar por escrito la petición del médico, pero que el Dr. Aarón no le hizo caso, e incluso, que un maestro de la comunidad de nombre Antonio Vázquez Sierra también fue a hablar con el Dr. Aarón, pero la respuesta fue la misma.

Asimismo, en los documentos localizados en el archivo de la Delegación Municipal, se encontró un oficio de fecha 7 de julio de 2005, dirigido al jefe de la Jurisdicción Sanitaria 04 Montaña y signado por el Delegado Municipal Constitucional de Mini Numa, en el que solicitaba personal médico para atender los problemas de salud de la comunidad.

En respuesta a dicho oficio, con fecha 12 de julio del mismo año, el Dr. Nájera emite la respuesta al Delegado donde señala lo siguiente:

No es factible atender su solicitud, ya que su comunidad se encuentra a 30 minutos (*sic*) del Centro de Salud de Metlatónoc, que es el que le seguirá brindando atención médica y ofertándole el paquete esencial básico de servicios de salud.

Es así que oficialmente desde julio de 2005, la autoridad sanitaria regional negó a los habitantes de Mini Numa el acceso al servicio de salud en su propia comunidad, en razón de la distancia que hay entre la cabecera municipal y la comunidad, remitiéndolos al centro de salud montado en dos vagones. Cabe destacar que la negativa basada en un criterio de distancia no fue sustentada por norma o legislación alguna, agregando que el tiempo que se invierte en el traslado corresponde al recorrido en carro, no así a pie, como suelen transportarse los na savi.

⁷⁰ Don Ramiro refiere que se realizaron oficios en los que se hizo la petición formal, pero desconoce el paradero de los acuses de recibo o de las copias de los mismos, por lo que no se pudieron tener a la vista para citarlos en la presente investigación.

⁷¹ Cabe destacar que en este año se construyó la Delegación Municipal de Mini Numa, como resultado de la gestión de sus habitantes ante el Ayuntamiento de Metlatónoc.

Don Alfonso Montealegre Hernández⁷², principal de la comunidad, relató que en el año 2005 fungía como auxiliar del Comisariado de Bienes Comunales de Mellatónoc. En ese entonces comentó que la enfermera Margarita Flores pasaba a Mini Numa a revisar a las mujeres y a los niños pero un día no volvió y se quedaron sin ningún tipo de atención.

Don Alfonso refirió que pidió el apoyo de un maestro para elaborar un oficio en el que solicitó un médico para la comunidad ya que había estado enfermo y no fue atendido y que su pequeña hija Otilia también había enfermado, logrando ser atendida por la enfermera, pero que ésta la maltrató y a causa del maltrato enfermó más esa misma noche. Entonces, dentro de la costumbre Na Savi, debió rezar en el lugar donde se hizo el daño –causante de que la enfermedad agravara– para limpiar el mal y que su hija curara, sin embargo, cuando acudió a los vagones y le pidió permiso a la enfermera para rezar, ésta despreció su creencia, diciéndole que si tenían *costumbre* para qué pedían ser atendidos por el médico y le dijo que se fuera.

El oficio es de fecha 4 de noviembre de 2005 y está dirigido al “supervisor general de la Jurisdicción 04 Montaña alta”, a quien solicitó un médico para la comunidad:

1. *La comunidad se encuentra a una hora caminando hacia la clínica que se encuentra en la cabecera municipal en donde la gente de esta localidad no puede trasladarse de urgencia cuando les agarra una enfermedad de diarrea, vómito, gripe, etc. Es por esta razón que solicitamos su comprensión.*

2. *El otro problema es que las señoras que tienen Oportunidades asisten a pláticas hasta Mellatónoc y les queda lejos por lo que se le ruega a usted comprendemos y mandar a la persona solicitada.*

Cuando Don Alfonso fue a entregar el oficio a Tlapa, el jefe de la Jurisdicción Sanitaria le dijo que si venía de Mini Numa no les iba a dar nada porque le habían creado problemas a la enfermera Margarita que trabajaba en Los Llanos, ocasionando que se fuera, a lo que Alfonso respondió que no habían tenido nada

⁷² En la entrevista, Don Alfonso decía ser la primer persona que había elaborado una petición para contar con un médico en la comunidad, mostrando con orgullo el oficio que lo confirmaba, sin embargo, se puede deducir que no fue así por el oficio encontrado en el archivo de la Delegación, signado por el Delegado Municipal en julio del mismo año.

que ver con ese conflicto y que no tenían por qué disculparse como lo estaba pidiendo el Dr. Aarón.

Entonces Don Alfonso regresó a su comunidad y convocó a las mujeres a una reunión en la cancha de la escuela para platicarles su experiencia con la enfermedad de su hija y lo que le había respondido el jefe de la Jurisdicción, lo que a su vez generó que las mujeres compartieran sus experiencias de sufrimiento por no tener el servicio médico. Las mujeres y el principal acordaron apoyarse para conseguir el médico.

De esta manera pidieron al delegado que convocara a una asamblea en donde la comunidad acordó elaborar una nueva solicitud al jefe de la Jurisdicción Sanitaria, sin embargo, pocos días después recibieron respuesta a la petición elaborada por Don Alfonso el 4 de noviembre de 2005, la cual consiste en la copia de un oficio dirigido a Simón Guevara Vitervo, técnico en atención primaria a la salud (TAPS), firmado por el Dr. Aarón Nájera Moctezuma, jefe de la Jurisdicción Sanitaria 04, de fecha 8 de noviembre de 2005, en el que se señala lo siguiente:

Por medio de este conducto comunico a usted que deberá acudir una vez por semana a la localidad de Mini Numa para proporcionar consulta médica a la población que lo requiera, como también realizar actividades del programa Oportunidades...

De esta forma, la comunidad recibió la visita del TAPS una vez por semana a partir de noviembre de ese año. Sin embargo, la atención que proporcionaba el técnico era muy básica y no siempre contaba con los medicamentos para atender las enfermedades gástricas o respiratorias, por lo que su función prácticamente se limitó a canalizar a la mayoría de los enfermos a Metlatónoc, lo que de por sí ya hacían antes. Sus tareas fueron más útiles para el programa Oportunidades, toda vez que se encargaba de pesar a los niños cada 6 meses, a menos que hubiera casos de desnutrición severa, lo cual ameritaba acudir cada 15 días; así también, impartía pláticas a las mujeres inscritas en dicho programa cada dos meses en la propia comunidad. Los habitantes refieren que del año 2005 a 2007, el TAPS siguió visitando su comunidad, sin embargo, de un momento a otro dejó de ir y por eso la comunidad decidió retomar su lucha.

El delegado del año 2006 fue Rufino Montealegre Hernández, quien comentó que, por un lado, el TAPS iba a la comunidad a dar medicamento a los enfermos pero que no tenía un lugar apropiado para atenderlos, mientras que por el otro, el Dr. Aarón los había condicionado con mandarles un médico si construían una casa de salud. Ambas situaciones los enfrentaba con un gran obstáculo: la falta de recursos. No obstante, la comunidad reunida en asamblea, nombró una comisión conformada por el delegado, Miguel Guevara, Ramiro Cortés y otro vecino de nombre Rufino para que fueran a hablar con la maestra de la escuela preescolar a fin de que les donara parte del terreno que la comunidad le había otorgado a la misma en los tiempos en los que se estaba planeando su construcción. En un primer momento, la maestra dijo que no, que existía un acta de donación que la comunidad había celebrado con la Secretaría de Educación Guerrero (SEG), estableciendo los límites y colindancias, pero posteriormente, cambió de opinión y cedió el terreno para la construcción de la casa de salud comunitaria.

En el momento, todos se empezaron a organizar para su construcción y acordaron que cada familia debía contribuir con 24 adobes; hablaron con un señor que manejaba madera para que les vendiera pino para poner el techo de la casa, quien finalmente se las regaló y con eso pudieron montar la estructura del techo. Asimismo, el delegado investigó el costo de 2 millares de teja, el cual se repartieron entre todas las familias y con ello terminaron de construir la casa de salud comunitaria en el mes de noviembre. Sin embargo, fue en ese mismo mes que Simón recibió una orden por escrito para irse a trabajar a la comunidad de Itia Zutí, por lo que ya no acudía a Mini Numa, quedando la casa de salud sin alguien que la atendiera y con los medicamentos que había llevado Simón –los que antes se encontraban en la escuela–, los cuales fueron caducando.

Ante ello, una comisión acudió con el jefe de la Jurisdicción Sanitaria a demandar el envío del médico y medicinas dado que la construcción de la casa de salud ya se había concluido, sin embargo, el Dr. Aarón argumentó que no contaba ni con médico ni enfermera para enviar a Mini Numa y que no podía hacer nada. Al reclamarle por no cumplir con su palabra, Aarón aseguró que fueran a donde

fueran, nadie les iba a dar al médico, respuesta que provocó la indignación, la rabia y el sentimiento de haber sido burlados por la autoridad, una vez más. No obstante, este revés no mermó la fuerza y convicción de la comunidad por contar con el servicio en su comunidad.

En el año 2007 fue elegido como delegado David Montealegre Hernández, coincidiendo con que su esposa Marcelina Rojas había sido elegida como encargada del grupo de mujeres beneficiarias del programa Oportunidades en la comunidad, lo que de alguna manera la convertía en la vocera de las preocupaciones de las mujeres, por lo que solicitó apoyo para elaborar un oficio dirigido al Dr. Aarón en donde le pedía que explicara la razón por la cual Simón había dejado la comunidad. David, en calidad de Delegado, acudió a Tlapa a entregar el oficio, y verbalmente el Dr. Aarón le respondió que se le había asignado esa comisión al TAPS porque había una persona enferma en Itia Zuti, pero que iba a ver qué podía hacer para que acudiera a su comunidad.

En la entrevista, David Montealegre expresó lo que para él significaba el sentido de responsabilidad y compromiso que tenía el cargo de Delegado, por lo que, en parte por ello y en parte por su historia familiar, decidió insistir en la solicitud de médico para su comunidad. David y Marcelina pasaron por la lamentable experiencia de perder a dos hijos, Fidel y Ofelia Montealegre Hernández, de 9 y 7 años de edad, respectivamente. Ambos padecían de vómito, diarrea y fiebre, presumiblemente se trataba de una infección intestinal, sin embargo, al acudir al centro de salud en Metlatónoc no fueron atendidos y días después los menores fallecieron con cinco días de diferencia uno de otro.⁷³

De esta manera, para no romper con la tradición en la que todos los delegados elaboraban escritos a la Jurisdicción y con una motivación mayor que la de sus antecesores, David hizo su propio esfuerzo y elaboró un oficio propio y con él en mano, salió a Tlapa a buscar al Dr. Aarón. Al no obtener respuesta, elaboró un segundo oficio y así un tercero, cuarto y quinto, sin lograr una respuesta positiva y sin que algún técnico, enfermera o médico llegaran a la comunidad.

⁷³ Mayor información del caso se expone en el capítulo II en el apartado sobre la situación de salud en la comunidad.

El Dr. Aarón se negó a dar respuesta por escrito todos sus oficios y David le pidió que le extendiera una constancia de que había acudido ante él para rendir cuentas a la comunidad, pues ya había hecho cinco viajes a Tlapa, pero tampoco le dio esa constancia.

El entonces delegado describió el trato despótico y de franco desprecio hacia la petición de la comunidad de contar con un médico. A modo de ejemplificarla refiere que lo citaba a los diez días de que le entregaba la solicitud para darle respuesta, pero en todos los casos le pedía otros diez días más. En una ocasión, la secretaria del médico le dijo que esperara para ser atendido, pero como pasaba el tiempo y no era recibido, David se acercó a la puerta trasera de las oficinas de la Jurisdicción y se dio cuenta que el Dr. Aarón se estaba yendo, por lo que corrió a encontrarlo. Notó el enojo del jefe de la Jurisdicción cuando se acercaba, quien, sin dejarlo hablar le dijo que no tenía para pagar a un técnico ni a un médico, y que él no se mandaba solo, que tenía jefes y una serie de normas que debía obedecer, le reclamó su insistencia, sus tantos oficios y visitas; y le exigió que ya no le llevara ningún oficio ni lo fuera a ver.

David entonces le respondió que necesitaban al médico porque en su comunidad estaban muriendo niños y mujeres. El Doctor lo cuestionó sobre si estaba seguro de las muertes, lo amenazó con que si estaba diciendo mentiras lo iba a meter a la cárcel. David le dijo que estaba diciendo la verdad, ante lo cual el Doctor Aarón le ordenó que escribiera los nombres de los difuntos, a lo que David dio los nombres de sus hijos, Ofelia y Fidel Montealegre Rojas.⁷⁴ El Doctor finalmente le dijo que lo iba a investigar con el médico de Metlatónoc y que si no era cierto lo iba a meter a la cárcel.

El delegado, pensando que con él no iba a lograr nada, le pidió el teléfono del Secretario de Salud en Chilpancingo y el doctor Aarón se lo negó advirtiéndole que con el secretario no resolvería nada, pues él era el jefe ahí y mandaba y decidía todo; que no había personal para ser transferido y que además era una comunidad muy pequeña y cercana a la cabecera municipal, por lo que legalmente

⁷⁴ Es importante destacar que aunque los testimonios hablaron poco de las muertes de los niños, mujeres y adultos, sin duda constituyó un elemento importante para no ceder en su lucha, dicho así por ellos mismos en las conversaciones informales que mantuvimos al término de la reunión-taller.

no tenían derecho a tener un médico y que fueran a Chilpancingo o a México, la respuesta iba a ser la misma: Mini Numa no tenía derecho a tener un médico.

Es así que regresó a la comunidad a platicar lo sucedido, agregando que aunque había otras familias que habían perdido a sus hijos, no se lo dijo a Aarón por miedo, y aún cuando solo le había dado los nombres de sus hijos, David temía que el doctor siendo una persona con estudios y con poder, lo pudiera meter a la cárcel aunque él solo estuviera diciendo la verdad. David pidió entonces a las familias documentos que acreditaran la muerte de sus seres queridos, pero no todas las familias tenían documentos pues en ocasiones tramitar el acta de defunción es costoso y tardado, por lo que no suelen hacerlo.

A pesar de las amenazas del jefe de la jurisdicción sanitaria ni el delegado ni la comunidad se dieron por vencidas, continuaron elaborando oficios –con apoyo del profesor Renato, quien impartía clases en la escuela primaria–, esta vez dirigidos al Secretario de Salud del estado. Asimismo, este profesor le recomendó a David acudir al Centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinollan A.C.⁷⁵ – se sabía que era una organización que ha ayudado a la gente de la Montaña–, diciéndole que con ella podrían ganar y quitarse la amenaza de encima. Y fue así que la comunidad reunida en asamblea fue consultada por David sobre la propuesta de acudir a Tlachinollan.

En razón de ello, a finales de mayo de 2007, David acudió a Tlachinollan, siendo atendido por el Lic. Rufino, quien escuchó el caso y le dijo que la organización los iba a apoyar, lo cual, afirma, lo ha hecho hasta el momento.

De acuerdo con los testimonios de las mujeres entrevistadas en el capítulo anterior, para ellas fue importante que David Montealegre –cuando fungió como delegado en el 2007- las tomara en cuenta y fuera a platicar con ellas sobre su sufrimiento por no tener a dónde llevar a sus hijos cuando se enfermaban, pues de por sí ellas ya estaban conscientes que debían organizarse para luchar, pero la petición de apoyo por parte del delegado las hizo sentirse fuertes y unidas bajo un solo deseo: contar con un médico.

⁷⁵ Este Centro de Derechos Humanos se fundó en el año 1994 bajo el objetivo de promover y defender los derechos de la población indígena y mestiza de la región Montaña de Guerrero. A la fecha, el trabajo se divide por áreas: jurídica, educativa, comunicación, internacional, migrantes, administración y dirección

En suma, la lucha del año 2003 al primer semestre de 2007 transcurrió en innumerables solicitudes de médico y medicamentos al Jefe de la Jurisdicción Sanitaria 04 en Tlapa; la mayoría de las respuestas fueron verbales y todas en sentido negativo en razón del tamaño de la comunidad y la distancia que hay entre ésta y la cabecera municipal donde ya atendía un médico. En ese momento un aliado importante fueron los profesores bilingües que apoyaron a los delegados a elaborar las peticiones por escrito.

Es importante destacar que en ese entonces, el discurso de los habitantes de la comunidad giraba en torno a la necesidad, siendo el motor fundamental que animaba esta movilización, cimentado en la fortaleza organizativa que ya ha sido abordada anteriormente. Asimismo, la asamblea comunitaria era la instancia en la que hablaban sobre el problema de salud y tomaban decisiones sobre las acciones a realizar.

3.1.2 La estrategia de defensa

Los padecimientos y muertes a causa de las *enfermedades de la pobreza* pudieron atenderse oportunamente y debieron evitarse de haber contado con la atención médica a la que tienen derecho todos los mexicanos, pero en los hechos, se evidenciaba que los habitantes de Mini Numa no tenían ese derecho.

Esta situación de discriminación y marginación, enraizada a nivel estructural, fue reproducida desde el encargado de la Jurisdicción Sanitaria en la Montaña hasta el mismo Secretario de Salud del estado, en el marco de una normatividad que limita la atención y que además no responde a las necesidades de los pueblos marginados, de una escasez y distribución inadecuada de recursos financieros, de un sistema de educación para médicos que les hace despreciar su labor en comunidades pequeñas, y de un racismo que atraviesa toda la red social. En este sentido, ambos personajes fungieron como reproductores de un sistema que excluye a los indígenas, por indígenas y por pobres.⁷⁶

⁷⁶ No obstante, en determinado momento, estos factores han jugado un papel distinto dependiendo de la coyuntura, del lugar y contexto. Por ejemplo, el mismo Dr. Aarón –en una plática informal en el año 2009– reconoció que hay casos en los que la normatividad es aplicada de manera discrecional cuando se encuentran

En este marco se reitera la negativa de las autoridades de la Secretaría de Salud a atender la petición de la comunidad, se gesta una estrategia de defensa integral cuyas acciones marcan un momento clave para el proceso. Todas estas acciones aparecen detalladas en el Anexo 1, el cual da cuenta de las diversas herramientas de las que se echó mano para exigir el cumplimiento del derecho.

Este segundo periodo de lucha inicia cuando el delegado y los principales de Mini Numa se presentaron ante el Centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinollan en mayo de 2007 para pedir su intervención y asesoría a fin de exigir el cumplimiento de su derecho a la salud. Tanto la comunidad como Tlachinollan se coordinaron para diseñar una estrategia integral, que buscó direccionar recursos de índole jurídico, político, educativo y mediático; así como tejer alianzas nacionales e internacionales que se sumaran a la exigencia de garantizar el ejercicio del derecho a la salud, concebido como un derecho social que preserva la vida y contribuye al desarrollo comunitario.⁷⁷

Es importante señalar que si bien la estrategia de defensa se fue diseñando de manera coordinada con la comunidad, desde un inicio no se pudieron detallar cada una de las acciones, sino que más bien fueron surgiendo conforme marchaba el proceso y los recursos jurídicos, ya que éstos constituían la punta de lanza que determinaban el ritmo y la intensidad de las estrategias mediáticas, organizativas y de alianzas. No obstante, los objetivos generales de cada una de ellas sí fueron formulados desde un inicio pues constituían una guía de acción⁷⁸. Es así que el objetivo de la estrategia jurídica apuntaba a explorar y agotar las herramientas jurídicas, metajurídicas y administrativas con la finalidad de que el estado garantizara el ejercicio del derecho a la salud para la comunidad de Mini Numa; en tanto, los objetivos de la estrategia mediática buscaron visibilizar la sistemática violación a los derechos económicos, sociales y culturales,

en juego intereses políticos. Es así que comunidades como Juanacatlán, en el municipio de Metlatónoc, contaba en ese entonces con un médico, aún sin reunir las características que establece la norma. ¿A qué puede responder este hecho? Juanacatlán ha sido por momentos una comunidad combativa y en algunas ocasiones objeto de las prebendas políticas. Sumida en la pobreza extrema y marginación, es probable –por lo que comentó el Dr. Aarón– que el médico haya sido resultado de alguna negociación o prebenda.

⁷⁷ Los alcances del derecho a la salud están desarrollados en el capítulo I.

⁷⁸ En el archivo del caso ubicado en Tlachinollan, se localizan dos documentos que dan cuenta de cómo se empieza a diseñar la estrategia de defensa. El primero se titula "Esbozo de estrategia para el caso de salud de Mini Numa, junio 2007" y el segundo "Estrategia del caso Mini Numa, septiembre 2007".

particularmente al derecho a la salud, no sólo como un problema local sino regional, con la finalidad de lograr una proyección a nivel estatal, nacional e internacional de un caso que ilustraba una realidad más amplia y compleja, así también contemplaba incidir en la opinión pública estatal, nacional e internacional con el fin de pronunciarse a favor del cumplimiento del derecho a la salud y generar un ambiente de exigencia frente al gobierno estatal y, en su caso, al gobierno federal. En tanto, los objetivos de la creación de alianzas fueron los de generar una red de actores gubernamentales y no gubernamentales que por mandato o compromiso, exigieran al estado el cumplimiento del derecho a la salud de acuerdo con preceptos constitucionales e internacionales, lo cual elevaría el perfil político del caso. Por último, la estrategia organizativa buscó asesorar y acompañar al proceso comunitario a fin de fortalecer su capacidad organizativa, diseñar una estrategia de defensa que partiera de sí mismos, logrando la apropiación del proceso y asumir el protagonismo de su lucha, así como también fortalecer su capacidad autogestiva, capacitando a promotores comunitarios en salud.

Previo a este diseño, se realizaron un número no determinado de visitas a la comunidad con la finalidad de documentar las violaciones a derechos humanos a partir de la negativa de dotar servicios médicos a Mini Numa. De esta forma, se documentaron violaciones al derecho a la vida, a la salud, al desarrollo y a la no discriminación. Una vez concluida la etapa documental, durante dos o tres meses, nos abocamos a diseñar de forma conjunta una estrategia inicial, considerando en primera instancia actualizar el acto reclamado, es decir, obtener con fecha reciente y por escrito, la respuesta del gobierno del estado respecto a la solicitud de servicio médico. De esta forma, se documentaría oficialmente la negativa, la que constituía la probanza más importante.

El 9 de mayo de 2007 se presentó entonces una solicitud dirigida al gobernador del Estado, con copia al Presidente de la República, pidiendo una unidad médica con personal capacitado y con un cuadro básico de medicamentos para evitar más muertes por enfermedades curables. A partir de este mes, el personal de la Secretaría de Salud que acudía de manera esporádica a Mini Numa

para vacunar a los niños, dejó de asistir a la comunidad. Tampoco regresaron las personas que iban a dar las pláticas en el marco del programa asistencialista “Oportunidades” y que entregaban la papilla nutricional para las mujeres embarazadas o que se encontraban lactando. Entonces, el mensaje que el gobierno le mandaba a la comunidad era que no iba a atender su demanda legítima y que por el contrario se les estaba “castigando”, quitándoles todo tipo de apoyo.

Aunado a ello, desde los vagones que fungían como centro de salud se difundió la información de que los habitantes de Mini Numa habían inventado la muerte de niños con la finalidad de llamar la atención y ganar un médico, ya que esos niños no se encontraron en ningún registro o control de los que elaboraban los promotores o los técnicos para el control de peso y talla (control nutricional), concluyendo que no existieron y que sólo eran mentiras para que les dieran al médico. Lo mismo afirmaba el médico responsable del centro de salud en Metlatónoc y el Jefe de la Jurisdicción Sanitaria. Con ello, no sólo se sintieron humillados y ofendidos los padres y las madres de los niños fallecidos por la falta de atención médica, sino que provocaron la estigmatización del resto de las comunidades mixtecas hacia Mini Numa, lesionando el tejido social intercomunitario.

Más de dos meses y después, el 19 de julio 2007 se recibió en Tlachinollan una hoja enviada por fax y firmada por el Secretario de Salud del Estado, Doctor Luis R. Barrera Ríos, en la que se señalaba lo siguiente: “...informo a usted [que] de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS), para construir un Centro de Salud la localidad sede deberá contar con una población de 2500 a 3000 habitantes por núcleo básico a una distancia de 15 km, y un tiempo de 30 minutos de recorrido al Centro de Salud mas cercano. La localidad tiene una población de 271 habitantes que es atendida por el centro de salud de Metlatónoc a una distancia de 4 km. y un tiempo de 60 minutos”. De lo anterior se desprende que se les niega la instalación de una unidad médica con personal capacitado y cuadro básico de medicamentos en razón de lineamientos de rango inferior a los tratados, pactos y convenios

internacionales de derechos humanos e incluso, de los artículos 2° y 4° la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que la letra dicen:

Artículo 2.B *Para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, dichas autoridades tienen la obligación de:*
(...)

III. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación especial para la población infantil.

Artículo 4o. *El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.*

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

Asimismo, llama la atención que la respuesta del Secretario haga referencia al centro de salud de Metlatónoc como opción para la población de Mini Numa, dado que no cubre los requisitos de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad, como lo estipula el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas⁷⁹ en su Observación General No. 14, ya que como se mencionó anteriormente, para llegar a la clínica hay que caminar una hora y media (no hay transporte público entre Mini Numa y Metlatónoc, y menos un servicio de ambulancia), pero cuando se traslada a un enfermo, se tarda mucho

⁷⁹ El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales fue creado con el fin de vigilar el cumplimiento de los contenidos del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, por parte de los Estados que lo ratificaron. En el caso mexicano, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales fue aprobado por el Senado el 18 de diciembre de 1980, ratificado el 23 de marzo de 1981 y publicado el 12 de mayo del mismo año en el Diario Oficial de la Federación y es Ley Suprema de conformidad con el artículo 133 constitucional. Dicho Pacto en su artículo 12° reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. En ese sentido el Comité DESC elaboró una Observación General mediante la cual dota de contenido al derecho a la salud y establece obligaciones muy concretas por parte de los Estados para garantizar ese derecho.

más en llegar, de dos a tres horas aproximadamente. Aunado a eso, el mal estado del centro de salud al no contar con las mínimas condiciones de infraestructura, servicios e higiene, ya que las medicinas no están guardadas debidamente, hay aparatos oxidados y la basura está por todas partes; asimismo, el horario limitado de atención médica y el hecho de que tiene que atender a una gran cantidad de personas, significa que no se presta un servicio de calidad.

De esta manera la respuesta del gobierno al pueblo mixteco de Mini Numa es una muestra más de cómo el gobierno evade su deber constitucional de garantizar el acceso a los servicios de salud, escudándose detrás de sus lineamientos en vez de fomentar el diálogo y la búsqueda de soluciones a este grave problema.

En respuesta al oficio del gobierno se presentó un recurso de inconformidad ante la misma Secretaría –de acuerdo a la Ley Orgánica del estado- el 10 de agosto del 2007, recordando que el derecho a la salud es un derecho constitucional y sobre todo uno de los derechos humanos más reconocidos en un gran número de instrumentos internacionales, y que por lo tanto, la Secretaría de Salud del estado de Guerrero tenía la obligación de atender la demanda de la comunidad de Mini Numa. Sin embargo, el 16 de octubre, el doctor Barrera Ríos determinó -sin entrar a un estudio de fondo- lo siguiente: *no ha lugar y se desecha de plano, en razón de que el oficio número 4083 de fecha 19 de julio del año en curso, no constituye una resolución administrativa, ni deriva de un procedimiento similar, ni tampoco deriva de un procedimiento en materia Sanitaria.*

Aunado al recurso de inconformidad, se interpuso formal queja y se solicitaron medidas cautelares ante la Comisión de Defensa de los Derechos Humanos del Estado de Guerrero (CODDEHUM) el 13 de agosto 2007, por *“actos violatorios a nuestros derechos a la vida, a la salud, a la no discriminación y al desarrollo de la comunidad de Mini Numa”* en contra del Gobernador, del Secretario de Salud de Guerrero, el Jefe de la Jurisdicción Sanitaria y del doctor del centro de salud en Metlatónoc.

El 7 de septiembre de ese año, Mini Numa obtuvo un primer resultado positivo para su lucha, ya que en respuesta a su solicitud, la CODDEHUM

reconoció oficialmente que su derecho a la salud estaba siendo violado por las autoridades y les otorgó las siguientes medidas cautelares: que el Gobierno del Estado adoptara todas las medidas administrativas, legislativas y de cualquier índole, necesarias para salvaguardar la vida y la salud de la población de Mini Numa; que una brigada de salud atendiera a la población de Mini Numa de manera continua, hasta que se resolviera a fondo el caso de violación a los DESC y finalmente que la Secretaría de Salud cubriera con personal calificado las 24 horas del día y de lunes a domingo, la clínica de Metlatónoc, asegurando que contara con un cuadro básico de medicamentos.

Al respecto, el secretario de salud del gobierno del estado, Dr. Luis R. Barrera Ríos, respondió el 21 de Septiembre de 2007, que la primera medida cautelar estaba "garantizada con el único personal que se encuentra laborando en el Centro de Salud de Metlatónoc, quien brinda atención hasta después de las 15:30 horas" (de los días sábados y domingos no mencionaba nada); que además, "a partir de esta fecha el TAPS Simón Guevara Vitervo estaría comisionado permanentemente para atender la comunidad de Mini Numa"; por último, informó que había ordenado el abasto de medicamentos.

Sin embargo el secretario de salud nuevamente minimizó la dación de medidas cautelares en lo que se refería al centro de salud de Metlatónoc, toda vez que prevaleció el mismo esquema de atención bajo el cual murieron seis personas de Mini Numa, cuatro de ellas niños menores de nueve años. Cabe resaltar que en ese mismo año (2007) murieron dos personas de la comunidad, Leónides Montealegre Hernández de cuatro años de edad, quien padecía diarrea, y Cayetano Hernández Guevara, de 54 años, cuya esposa le había pedido al médico de Metlatónoc que lo fuera a asistir porque el señor ya no podía caminar, pero éste no acudió porque el centro de salud se quedaría solo.

Como resultado de la instrumentación de las medidas cautelares, la comunidad de Mini Numa estaba siendo atendida por el TAPS en horario de la mañana y de lunes a jueves, además de que la Secretaría envió un poco de medicamento a la casa de salud.

Sin embargo, al considerar que las acciones emprendidas como resultado de las medidas no satisficieron la demanda de acceso a la salud, el equipo jurídico de Tlachinollan estudió la posibilidad de interponer –en el marco de un ejercicio de justiciabilidad- un recurso de amparo por la violación al artículo 4° constitucional por parte de la Secretaría de Salud y del Gobierno del estado, aún cuando el amparo era un recurso comúnmente utilizado para alegar violaciones a las garantías individuales en relación a los derechos civiles y políticos, desconociendo si anteriormente se había interpuesto un amparo por violaciones a los desc y cuál había sido el resultado.

3.1.2.1 Mini Numa recurre a un tribunal federal para exigir su derecho

De esta manera, el 9 de noviembre del 2007, el delegado de Mini Numa y los miembros del Comité de Salud, interpusieron en nombre de todos los miembros de la comunidad un amparo para alegar la violación a su derecho a la salud contemplado en el artículo 4° constitucional, la Ley General de Salud y otras disposiciones en la materia, así como en tratados, pactos y convenios de carácter internacional que dotan de contenido al derecho a la salud y que establecen obligaciones muy precisas de los gobiernos para su cumplimiento. La demanda de amparo recayó en el Juzgado Séptimo de Distrito con sede en la Ciudad de Chilpancingo, bajo el número 1157/2007-II, a cargo del Juez Luis Almazán Barrera.

En dicha demanda se ofrecieron medios probatorios para dar cuenta de la violación al derecho a la salud de la comunidad de Mini Numa al negar el acceso al servicio médico, tales como los oficios de solicitud girados por las autoridades de Mini Numa a las autoridades sanitarias, el oficio de respuesta del Secretario de salud de fecha 19 de julio de 2007, actas de nacimiento de las seis personas que fallecieron por falta de atención médica, dos testimonios de habitantes de la comunidad y un video en que se mostraban las condiciones en las que vive la comunidad, la casa de salud de Mini Numa y el centro de salud en Metlatónoc, además de testimonios de habitantes de ambas localidades, así como de otras tres comunidades del mismo municipio que padecían también la falta de una

atención médica de calidad: Yuvinani, Los Llanos y Atzompa. Es así que después de formular los alegatos correspondientes y de celebrar la audiencia constitucional⁸⁰, el 11 de julio de 2008 el juez Séptimo de Distrito resolvió dicha demanda.

En lo que corresponde a la estrategia mediática en los meses de mayo 2007 a julio 2008, en la que se buscó posicionar el caso en los medios y la opinión pública, se logró que medios estatales y nacionales –radio, prensa, televisión y medios electrónicos- publicaran notas sobre la demanda de la comunidad o bien entrevistaran a las autoridades comunitarias, así como que algunos columnistas escribieran en espacios editoriales o de opinión y que actores internacionales manifestaran su preocupación por la falta de respuesta gubernamental, tal como lo hizo la Alta Comisionada de Naciones Unidas para los Derechos Humanos en su visita a la región Montaña de Guerrero. Todo ello logró impactar favorablemente a la opinión pública. Para ello también coadyuvaron otras herramientas, como un video documental, ruedas de prensa y boletines elaborados por Tlachinollan.

Asimismo, tuvo un impacto muy favorable la publicación de un reportaje especial en el periódico Reforma, elaborado por Daniel Rea, el 1º y 2 de junio de 2008, un día antes de la visita de Felipe Calderón a Metlatónoc, donde se hizo evidente la situación de extrema pobreza y marginación en la que viven los na savi de ese municipio, particularmente en el tema de salud y los servicios existentes⁸¹. La proyección nacional de esta grave situación obligó al presidente a pronunciarse públicamente, comprometiendo al secretario de salud federal a enviar médicos a fin de prestar el servicio las 24 horas y todos los días del año, no solo para la cabecera municipal sino también para Mini Numa. Sin embargo, los funcionarios estatales fueron reticentes a cumplir la “orden” presidencial, ante algo que calificaron como “privilegio” o “capricho” al hecho que la comunidad de Mini Numa contara con un médico.⁸²

⁸⁰ Después de posponer en 6 ocasiones la celebración de dicha audiencia, debido a la falta de presentación de los informes por parte de las autoridades responsables, finalmente se llevó a cabo el 17 de junio de 2008.

⁸¹ Cfr. Anexo I. *Reclaman derecho a la salud. Emprende lucha legal comunidad indígena de Guerrero*, por Daniela Rea en Reforma, 1º de junio de 2008, p. 10 y *Sienta precedente amparo por salud*, por Daniel Rea en Reforma, 2 de junio de 2008, p. 4

⁸² Cfr. con el Anexo I sobre las acciones mediáticas para la defensa:

En cuanto al manejo del tema en medios, Tlachinollan buscó ser estratégico, a modo de aprovechar adecuadamente las coyunturas para hacer un pronunciamiento, cabildear la elaboración de un reportaje, emitir un boletín de prensa o colocar una entrevista con el director de la ONG o las autoridades comunitarias. Se eligieron los momentos clave para empujar el tema, aunque no siempre se lograba tener una buena cobertura en medios. Los momentos clave eran cuando el tema requería empuje ya fuera por el momento en el que se encontraba el amparo o porque había que capitalizar la visita o el pronunciamiento que pudiera hacer algún personaje o actor relevante en el mundo de los derechos humanos. Se cuidó no malgastar los cartuchos políticos en emitir declaraciones que cayeran en el juego de la ignorancia, desprecio y discriminación que mostraban las autoridades respecto a la digna lucha de la comunidad. Había que analizar el momento para pronunciarse o para quedarse callados. Hay veces que uno dice más callando y dejando que los funcionarios se sigan revolcando en su juego lleno de prejuicios, descalificaciones y ninguneos hacia aquél que se revela para reclamar sus derechos. En fin. Señalé que Tlachinollan buscó ser estratégico aunque no siempre lo logramos, a veces nos quedamos cortos, otras poco claros, a veces decíamos de más, otras nos quedábamos atrapados en discusiones internas sin llegar a una conclusión convincente, o los acuerdos a los que llegábamos no lograron verse reflejados. En fin, no es el objetivo elaborar un detallado análisis, solo lo menciono como reflejo de que el campo de lo social es así, un campo en constante experimentación.

En relación a las alianzas, fue estratégica la visita de la Alta Comisionada de Naciones Unidas para los Derechos Humanos a la Montaña, la señora Louis Arbour, en febrero de 2008, pues los medios dieron una amplia cobertura a la visita y a los contenidos de las reuniones con organizaciones, autoridades y ciudadanos, elevando el perfil del caso. Lo mismo sucedió con la Coordinación

-
- ✓ *Propone Barrera a Mini Numa que espere a que se construya hospital de Metlatónoc*, 25 de junio 2008. El Sur.
 - ✓ *Asignó el gobierno federal 1 mdp para atender indígenas de Mini Numa.*, 9 de julio 2008. Diario Pueblo. El secretario de salud indicó que con ello se violenta el reglamento y no se optimizan los recursos de salud.
 - ✓ *"No vamos a atender caprichos" en Mininuma, advierte Barrera*, 20 de julio 2008. La Jornada Guerrero.

Alemana para los Derechos Humanos en México⁸³, cuyos representantes permanecieron durante 6 días del mes de febrero de 2008 en Guerrero con la finalidad de documentar “las violaciones económicas, sociales, culturales, del medio ambiente y de los derechos indígenas como origen de conflictos y protestas sociales, así como el no cumplimiento de derechos humanos civiles y políticos” para analizar “cómo y qué casos podrían apoyar desde Europa, mediante cabildos con parlamentarios alemanes y europeos”.⁸⁴ Como parte de estas actividades visitaron la comunidad de Mini Numa para entrevistarse con las autoridades y habitantes en general a fin de conocer de manera directa los problemas de salud que aquejaban a los na savi.

Un elemento muy importante a resaltar es la labor de cabildeo que se efectuó desde que Tlachinollan conoció del caso, con los comités, relatores y grupos de trabajo de la ONU y OEA, ya que aunque la comunicación que tienen con los representantes de los Estados no es pública, bien se sabe que generan un impacto importante al manifestar su preocupación por la violación a los derechos humanos, solicitando que se les informe sobre las acciones que el Estado emprenderá para resarcir o cumplir los derechos conculcados.

A principios del 2008 también fueron relevantes las 50 cartas enviadas al Juez de amparo por parte de 30 ONG y 20 ciudadanos, académicos e investigadores de Alemania, Suiza, Dinamarca, Colombia, Estados Unidos y México⁸⁵, manifestando su confianza “en que el juez analizaría minuciosamente

⁸³ La Coordinación Alemana por los Derechos Humanos en México es una red que está integrada por las siguientes organizaciones e instituciones alemanas: ALASEI-Bonn, Amnistía Internacional (Sección de la República Federal Alemana, A.C.), CAREA A.C., Centro Misionero de los Franciscanos, Departamento de Derechos Humanos Diaconía Alemania, FIAN sección alemana, Iniciativa para México de Colonia y Bonn, Oficina Ecueménica para la Paz y Justicia A.C., Pan para el Mundo, Pax Christi (Fondo Solidario Un Mundo) y Procura Misionera de los Jesuitas Alemanes, Misereor, Promovio, A.C. (Asociación de Apoyo para el Movimiento de Derechos Humanos Indígena de Oaxaca/México, Promovimiento Indígena en Oaxaca A.C.) y la Universidad Protestante para Trabajo Social y Diaconía en Hamburgo.

⁸⁴ *Preocupa a Coordinación Alemana situación de derechos humanos en Guerrero*. Boletín de prensa del Centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinollan, 27 de febrero de 2008.

⁸⁵ Algunas de las organizaciones que enviaron sus escritos fueron el Centro Fray Julián Garcés Derechos Humanos y Desarrollo Local de Tlaxcala, la Comisión Independiente de Derechos Humanos en Morelos, el Instituto Mexicano para el Desarrollo Comunitario en Guadalajara, el Centro Regional de Derechos Humanos Bartolomé Carrasco Briseño de Oaxaca, la Red Guerrerense de Organismo Civiles de Derechos Humanos, Mujeres en Lucha por la Democracia, La Asociación Latinoamericana de Micro, Pequeño y Medianos Empresarios en México, la Fundación Dos Sergio Méndez Arceo en Cuernavaca, el Centro de Derechos Indígenas Flor y Canto en Oaxaca, la Organización Indignación, Promoción y Defensa de los Derechos

las pruebas expuestas y dictaminarla conforme a derecho y a los estándares internacionales de protección a los derechos humanos, emitiendo el fallo correspondiente para determinar que el derecho a la salud de la comunidad de Mini Numa ha sido vulnerado y que por lo tanto debe ser garantizado”.⁸⁶

En contraste al apoyo que el caso encontró en actores internacionales, la causa de Mini Numa se enfrentó con la indiferencia de sus representantes populares, en concreto, diputados locales de las comisiones de salud, derechos humanos y pueblos indígenas, incluso del diputado originario de Metlatónoc, Felipe Ortiz Montealegre. Lo anterior, a pesar de la insistencia de llamadas telefónicas, oficios, envíos de información y solicitudes de audiencia para plantearles el caso. La única que se presentó a una conferencia de prensa fue la diputada Rosana Mora Patiño, presidenta de la Comisión de derechos humanos, quien públicamente hizo una serie de compromisos que a la postre no cumplió.

A todas luces fueron relevantes las alianzas con periodistas, reporteros, corresponsales, conductores de noticieros o programas y columnistas, quienes coadyuvaron a proyectar el caso y a colocarlo en la opinión pública -al menos una parte de ella-. Alianzas que si bien ya habían sido construidas por Tlachinollan antes del caso Mini Numa, se fortalecieron o bien el caso cautivó su interés.

También importantes fueron las alianzas construidas con organizaciones de derechos humanos nacionales, tales como Pro Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Fundar, Centro de Análisis e Investigación; y la Red Nacional de Organismos Civiles de Derechos Humanos “Todos los derechos para todas y todos”, con quienes se suscribían pronunciamientos y se convocaba a las conferencias de prensa en la Ciudad de México.

En suma, este periodo fue clave para el caso mismo y particularmente para los actores, pues durante este año se realizó el trabajo más arduo, permanente y

Humanos en Yucatán, el Centro de Derechos Humanos Fray Matías de Córdova en Tapachula, el Centro de Derechos Humanos Fray Bartolomé de las Casas, la Red Mexicana de Acción Frente al Libre Comercio, la Red Orejana-Hermosillo de Sonora, la Fundación Aztlahuacán para el Desarrollo Comunitario en Iztapalapa, el Grupo Basta de Alemania, la Corporación AVRE de Colombia (Acompañamiento Psicosocial y Atención en Salud Mental a Víctimas de Violencia Política), la Organización Médico Internacional de Suiza y las secciones de Suiza y de Dinamarca de Amnistía Internacional, entre otras.

⁸⁶ 30 ONG's y 20 académicos de seis países envían cartas a juez por caso Mini Numa sobre salud. Boletín de prensa del Centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinollan, 5 de febrero de 2008.

cercano con la comunidad. Desde el trabajo de documentación, los defensores de derechos humanos de Tlachinollan logramos adentrarnos al sufrimiento de las familias, de las madres y los padres que hablan padecido las pérdidas de sus hijos, o el sufrimiento de verlos enfermos y no contar con opciones reales de atención médica. Todo ello en el marco de la pobreza extrema, falta o deficiencia de los servicios más elementales, sumado a la flagrante violación a sus derechos económicos, sociales y culturales que traen como consecuencia un indigno nivel de vida. Con todo ello a cuestas y en contracorriente de un sistema hecho para excluir, marginar, explotar y discriminar, la comunidad de Mini Numa surge con la fuerza que le da su dignidad, su ser na savi y su imperante necesidad para levantar la voz y exigir un médico. Es con esa fortaleza y determinación que se involucran y encabezan su propio proceso de defensa dispuestos a sostenerlo hasta el final.

Con esa gran fortaleza, capacidad organizativa y disposición de su parte, iniciamos el diseño de la estrategia, inmersos en un proceso pedagógico sobre derechos humanos, derechos colectivos y derechos de los pueblos indígenas, acompañados de su marco de protección bajo el principio de la obligación inherente por parte del Estado de promoverlos, garantizarlos y respetarlos. Entonces su necesidad adquirió otro sentido, el sentido de ser un derecho y ellos como comunidad, revestirse de ese sujeto con derecho a exigirlo. Para entonces, el nivel de conciencia era otro, no menos importante que el de la necesidad, pero sí más instrumental y estratégico, pues el discurso de derechos enmarcó su demanda.

De esta forma los na savi que en su lengua no manejan la palabra derecho, la adoptaron en español, convirtiéndose en un término de uso común en las reuniones de trabajo celebradas en la Delegación Municipal, para después hacerla extensiva a sus discursos en eventos, entrevistas y conferencias de prensa.

Con algo o poco de conocimiento sobre su historia, su ser na savi, su ideología y cosmovisión, los acompañantes nos fuimos adentrando a su realidad con respeto, lo que nos permitió ir construyendo paulatinamente un puente de confianza. Con un intérprete de por medio, que al inicio fue el maestro de primaria

Donato Guevara, luego la maestra Alma y posteriormente compañeros de Tlachinollan, fuimos explicando el marco nacional e internacional de los derechos humanos y las alternativas existentes para reclamar su cumplimiento, dejando en claro que no teníamos ninguna garantía de obtener el resultado deseado, pero que eran las vías existentes que debíamos explorar y explotar.

Desde el primer momento tuvimos una confrontación en los objetivos. Para Mini Numa era clara la necesidad de tener un médico ante las muertes que hasta ese año (2007) se seguían registrando por falta de atención. Para los colaboradores de Tlachinollan era claro que esa realidad la compartían con los más de 17 mil habitantes del municipio, por lo que pensábamos proyectar una estrategia que sumara las demandas de varias comunidades del municipio de Metlatónoc, impulsando un reclamo colectivo para exigir la construcción de un hospital regional que tuviera un impacto colectivo. Asimismo, se valoraba que era muy poco probable –en términos normativos, de presupuesto y de voluntad política- que se otorgara un médico a Mini Numa, y que por el contrario, la normatividad y las propias condiciones del municipio constituían argumentos a favor de la creación de un hospital.

Fue así que después de insistir durante varias reuniones sobre la factibilidad y ventajas de un proyecto abanderado por un buen número de comunidades para obtener un beneficio mayor, las autoridades pusieron fin a la discusión al sentenciar enfáticamente: "primero conseguimos un médico para la comunidad y después luchamos por su hospital". Ello hizo evidente que los acompañantes buscábamos promover lo que a nuestra consideración era más "viable" y "conveniente", dejando de lado la demanda propia de la comunidad.

Una vez que quedó claro el objetivo de la lucha comunitaria, procedimos a definir los recursos: les propusimos sumergimos en la aventura de presentar un amparo sin ninguna expectativa más que la de explorar el recurso y agotarlo para proceder a otra instancia. Con sorpresa atestiguamos nuevamente su disposición y confianza al manifestar que si eso podría –sin ninguna seguridad, más bien con toda una serie de inconvenientes en contra- ayudarles a avanzar en la conquista de su demanda, se comprometían a iniciar y sostener el largo y tortuoso proceso

(¡Vaya que fuimos claros al respecto!), esperando obtener algún resultado positivo, o al menos, agotar este recurso.

Es así que dentro de su proceso pedagógico, a la comunidad no sólo le implicaba comprender la dimensión de los derechos y la posibilidad de exigir su cumplimiento como sujetos de derecho, sino también que no había recursos idóneos para exigirlos y menos para hacerlos justiciables.

No podría determinar con precisión el momento en el que la comunidad adquirió esa conciencia expansiva como sujeto social pues fue un proceso de años, pero sí puedo decir que el proceso pedagógico inducido por el equipo de Tlachinollan coadyuvó a fortalecerla. De ella han dado muestra desde su proceso de conformación como Delegación Municipal. Si bien este proceso no contó con una metodología rigurosa, la inducción fue continua, permanente, dura y por momentos agotadora pero siempre marchando al lado de su fortaleza y determinación comunitarias, en tanto se diseñaba y se ponía en marcha la maquinaria de defensa.

Debo decir que su conciencia y decisión se puso a prueba un buen número de veces. Si se revisa el cuadro de acciones de defensa con cuidado (Anexo 1), se podrá observar el elevado número de veces que no sólo tuvieron que viajar a la oficina de Tlachinollan en Tlapa, sino a Chilpancingo y a la Ciudad de México, además de la disposición, del tiempo y recursos invertidos en un proceso de más de cinco años. Asimismo lograron trascender la barrera del lenguaje, el temor a ir a lugares que no conocían, enfrentarse a instancias y personas que los cuestionaban, que buscaban ponerles traspies para deslegitimar su lucha. Aún cuando no salieran de su comunidad, debieron disponer también de tiempo y recursos para recibir a los "licenciados" de Tlachinollan en cada reunión, o a los medios de comunicación, o a las organizaciones nacionales e internacionales, a académicos, estudiantes, agencias financiadoras, etc, etc.

En fin, por todo ello Mini Numa constituye un ejemplo de fortaleza organizativa, de dignidad, de determinación, de perseverancia.

3.1.3 La etapa de la consolidación. Una sentencia favorable

Después de haber sido presentada la demanda de Amparo en noviembre de 2007, el 11 de julio de 2008, el juez concedió la protección de la justicia federal a los quejosos contra la negativa de la Secretaría de Salud y del gobierno de Guerrero a garantizar su derecho de acceso a la salud, ordenando lo siguiente:

- a) Que a la casa de salud de Mini Numa se le proporcionen los elementos básicos o necesarios para su buen funcionamiento (acondicionamiento, mobiliario y medicamentos adecuados); asimismo, se cumpla con la cartera de servicios atinentes de acuerdo con el MIDAS; y*
- b) Como el centro de salud de Metlatónoc no cuenta con las condiciones mínimas establecidas en el MIDAS, es necesario contar con el inmueble adecuado que en realidad funcione como centro de salud, que cuente con los elementos y servicios necesarios para su buen funcionamiento (infraestructura, personal adecuado y medicamentos básicos); sin que para el caso las autoridades sanitarias primarias de Guerrero puedan alegar falta de presupuesto, pues se trata de un motivo injustificable para cumplir con un imperativo constitucional.*

Con este recurso favorable a Mini Numa, el juez demostró que la autoridad estatal violó el artículo 4º constitucional que regula el derecho a la salud de toda persona y colectividad que se encuentra en el territorio nacional fundamentándose no sólo en los ordenamientos nacionales, sino también en las disposiciones de instrumentos internacionales de protección a los derechos humanos, los cuales, de acuerdo con la tesis LXXVII/99 de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, se encuentran jerárquicamente por encima de las leyes federales y en un segundo plano respecto de la Constitución. Dichos instrumentos retomados por el juez fueron los siguientes: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Interamericana de Derechos Humanos y el Convenio sobre los Derechos del Niño. Además, abunda en lo estipulado en la Observación General No. 14 del Comité de Naciones Unidas sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales en cuanto a las obligaciones de los Estados parte, las cuales son: no discriminar; adoptar

medidas para proteger el derecho; respetar el derecho a la salud, absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas; proteger, al adoptar leyes o medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados; cumplir, que requiere que los Estados adopten medidas positivas que permitan y ayuden a los particulares y a las comunidades a disfrutar el derecho a la salud; cumplir, que requiere que los Estados emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población.

Vale la pena presentar algunos de los razonamientos del juez para emitir la sentencia:

Es cierto que de acuerdo con los lineamientos del MIDAS, Mini Numa no reúne los requisitos para construir un centro de salud, por lo cual no procede obligar a la autoridad responsable a que realice la construcción de ese centro. Sin embargo, se advierte también que aquéllos prevén la construcción de **casas de salud** para comunidades rurales dispersas, que sirven de enlace con los centros de salud más cercanos.

En Mini Numa existe una casa de salud pero que **no cumple con las condiciones** mínimas para recibir atención médica porque, primero, no cuenta con el mobiliario respectivo; y segundo, porque no cuenta con el paquete básico de medicamentos que debe ofertar de manera gratuita para las siguientes acciones: desparasitación, enfermedades diarreicas agudas, enfermedades respiratorias agudas, estado nutricional, vacunación y saneamiento básico.

Debido a lo anterior, los quejosos tienen que trasladarse al centro de salud más cercano ubicado en la cabecera municipal de **Metlatónoc**. En realidad este centro tampoco cumple con los lineamientos del MIDAS pues sólo existen dos vagones que fueron donados por la Fundación Vamos México, que no cumplen con las condiciones mínimas (luz, agua, sanitarios); es inexistente la prestación del servicio durante las 24 horas los 365 días del año; no cuenta con servicio de radio comunicación, ambulancia o apoyo vehicular; sólo es atendido por un médico que presta sus servicios de lunes a viernes con un horario de 8 am a 3 pm; por tanto, aún cuando los habitantes de Mini Numa tengan que acudir a ese centro de salud, no se satisfacen sus necesidades básicas de atención a la salud.

Por consiguiente, es evidente que se vulnera en perjuicio de los quejosos, las garantías contenidas en el artículo 4º constitucional, ya que no tienen posibilidades de acceder ellos y sus hijos, en condiciones

de igualdad, a los servicios de salud; ...como se trata de un derecho prestacional en la medida en que principalmente implica y conlleva una serie de obligaciones de hacer por parte de los poderes públicos y para hacerlo realidad, **el acceso a la salud debe ser universal, equitativo y de calidad; sin que en el caso los poderes públicos puedan alegar motivos no justificados, como la escasez presupuestal, para dejar de cumplir con sus obligaciones constitucionales.**

En ese orden de ideas, procede **conceder la protección de la justicia federal**, a efecto de que las autoridades sanitarias primigenias de Guerrero, Gobernador y Secretario de Salud, cumplan de inmediato con el acceso a la salud a que tienen derecho los quejosos: David Montealegre, Nieves Solano, Aurelia Viterno, Amalia Aguilar y Marcelina Rojas.

El impacto que tuvieron las distintas acciones mediáticas, políticas, organizativas y de alianzas, permitieron obtener un resultado favorable y sostenido por las fortalezas de la comunidad. Aún cuando el amparo fue uno de los resultados más evidentes de este proceso, a lo largo de éste se fueron registrando resultados considerables. Uno de ellos fue el envío del médico, medicinas e inmobiliario a la casa de salud de Mini Numa, aún antes de la sentencia de amparo. El análisis que en aquél entonces realizó Tlachinollan –y con el cual coincido- es que esta medida respondió a varios factores, entre ellos que el caso logró posicionarse en los medios de comunicación nacionales y la red de alianzas que logró construirse con actores muy diversos, sociales, civiles e intergubernamentales como la ONU.

Es así que el 28 de junio del año 2008, llegó el Dr. Luis Valente Varona a la comunidad para prestar un servicio de lunes a viernes de 8:00 a 15:30 horas, bajo el esquema de permanencia en la comunidad para atender cualquier emergencia que llegara a presentarse. Asimismo, la casa de salud fue abastecida con los medicamentos correspondientes al cuadro básico. Días posteriores a la sentencia, la casa de salud fue dotada de mobiliario y revestidas sus paredes de cemento y cambiando el techo por uno de teja. Al lado del inmueble se construyó un baño y arriba de éste se instaló un tinaco de agua. En cuanto al servicio de la luz, que ya había sido gestionado por los pobladores, fue instalado en el mes de septiembre. Es importante mencionar que estas acciones se llevaron a cabo de manera

paulatina y que fue necesario informar de todo ello al Juez, debido a que la Secretaría de Salud informó en varias ocasiones que el fallo protector había sido totalmente cumplido, cuando la casa todavía carecía de los servicios básicos. Ante ello, los quejosos proporcionaron al Juez elementos de prueba para demostrar que la Secretaría de Salud mentía, e incluso se ofrecieron en dos ocasiones inspecciones oculares para que el Juez certificara el incumplimiento de la sentencia.

Si bien todo ello ha sido un logro muy importante, los Na Savi de Mini Numa aún luchaban en el 2009 por garantizar la permanencia del servicio en su comunidad, ya que a la casa de salud no le había sido designada la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), por medio de la cual estaría formalmente registrada en la red de servicios estatales de salud, lo que implicaría que el presupuesto destinado al pago del salario del médico y a la compra de medicamentos estarían contemplados dentro del presupuesto de manera permanente, a modo de evitar que el futuro de dicho servicio quedara a discreción del gobierno en turno.

Una de las actuaciones que obran en el expediente de amparo es la relacionada con el sistema de radiotelefonía el cual está pendiente por funcionar en la casa de salud de Mini Numa, ya que fue instalado desde diciembre de 2008 para garantizar la comunicación inmediata en caso de emergencias, sin embargo, al no existir otro aparato receptor en el centro de salud de Metlatónoc fue completamente inútil que lo hubieran instalado en la comunidad. En este extremo de la sentencia la autoridad responsable informó que le era imposible cumplir con esta medida, dado que la SCT canceló la señal de comunicación.

En lo que respecta a la unidad médica en Metlatónoc, la Secretaría de Salud había informado al juez sobre el proyecto de construcción de un Centro de Salud con servicios ampliados, cuya obra inició en noviembre de 2007 y culminó en el 2010, entrando en funciones a mediados del mismo año. Lo cierto es que información encontrada en la página web de la secretaría salud indica que el inmueble fue inaugurado en el mes de octubre de 2010 por el gobernador Zeferino

Torreblanca, sin embargo, de acuerdo con testimonios de los habitantes de Mini Numa, hasta la fecha de elaboración de la presente, todavía no funciona.

Si bien se hizo evidente que las autoridades responsables cumplían parcialmente con el fallo protector, también se hizo evidente que lo hicieron a regañadientes. En días posteriores a que el Juez emitiera el fallo, e incluso, hasta tres meses después, aparecieron en los medios estatales y nacionales de comunicación diversas entrevistas con el gobernador y el secretario de salud del estado, en las cuales manifestaban abiertamente su desacato al fallo principalmente por dos motivos: que no justificaba que a una comunidad tan pequeña se le asignara médico y que sería un riesgo destinarle uno, ya que en el estado habían otras 7 mil 500 comunidades de menos de 500 habitantes, las cuales, como Mini Numa carecían de servicio de salud; y la segunda razón que esgrimían era por la falta de presupuesto para habilitar la casa de salud y dotarla de la infraestructura.⁸⁷

Asimismo, no conforme con desacatar el fallo discursivamente, cuando se envió el médico a Mini Numa e iniciaron los trabajos para la rehabilitación de la casa de salud, tanto el secretario de salud como el gobernador, declaraban que era "un privilegio" el servicio que se estaba dando en Mini Numa⁸⁸. No obstante, Zeferino Torreblanca declaró que a él como gobernador nadie tenía que decirle qué hacer –en referencia al fallo judicial– y que era evidente que el juez fallaría a favor de la comunidad pues el derecho a la salud era universal, pero que debido a la carencia de presupuesto "ese fallo no se podía cumplir, pues nadie está obligado a lo imposible".

Desde que se declaró ejecutoriada la sentencia hasta marzo de 2011, ha quedado evidenciado el cumplimiento parcial del fallo judicial por parte de la secretaria de salud y gobierno del estado, ya que de acuerdo a las constancias exhibidas en el expediente, el centro de salud de Metlatónoc ya había entrado en funciones desde mediados de 2010, lo que no ha ocurrido hasta la fecha. Los quejosos por su parte, han exigiendo al Juez que declare que la sentencia no ha

⁸⁷ Remitirse al cuadro de acciones mediáticas en las notas publicadas a partir del 21 de julio de 2008.

⁸⁸ *Un "privilegio", el servicio de salud que se da en Mini Numa, según Luis Barrera Ríos*. El Sur, 20 de Septiembre de 2008.

sido cumplida en su totalidad para así enviar el caso al Tribunal Unitario de Circuito o en su caso, a la Suprema Corte de Justicia de la Nación –lo que legalmente proceda-, pues su demanda por el derecho a la salud no acepta un cumplimiento a cuentagotas.

3.2 Logros y retos en la exigibilidad del derecho a la salud

Mini Numa representa una comunidad indígena monolingüe que tuvo y ha tenido la capacidad de articular diversas estrategias de defensa, con base en su fuerza y capacidad organizativa, acompañada en ese camino por el centro de derechos humanos Tlachinollan. Asimismo, tuvo la capacidad de convertir una necesidad, en un discurso relacionado con un derecho humano de carácter colectivo, con ello, transitó de una posición de solicitar a una de exigir ante las autoridades de los distintos niveles de gobierno, teniendo como referente la idea de vivir dignamente –del Buen Vivir como dijera los pueblos indígenas de Bolivia y Ecuador-.

En el ámbito de las estrategias de defensa, junto con el centro de Derechos Humanos Tlachinollan, construyeron una red de alianzas que les permitió fortalecer su voz y presionar con mayor fuerza a las autoridades, acudiendo ante la Organización de Naciones Unidas y la Organización de Estados Americanos para plantear su caso en la esfera internacional de Relatores y Grupos de Trabajo sobre los temas de salud, desarrollo, pueblos indígenas y no discriminación. De igual forma comenzaron a darle publicidad a su problemática a través de medios estatales, nacionales e internacionales de comunicación, proyectando en otros niveles la realidad que inicialmente sólo los pobladores de Mini Numa y comunidades aledañas conocían, justamente para lograr la solidaridad social y denunciar públicamente las condiciones graves de pobreza y marginación que viven.

En la Montaña de Guerrero son pocas las comunidades que logran trascender sus limitaciones para sumar herramientas externas que fortalezcan sus capacidades propias y en este sentido que adquieran un primer nivel de

conciencia indispensable para transitar por el camino de la exigibilidad de sus derechos. La realidad económica, política y social de la Montaña de Guerrero juega un doble papel: por un lado complejiza la generación de procesos autogestivos a partir de los cuales surjan luchas de reivindicación de los derechos fundamentales, y por el otro funciona como motor de organización y de lucha. De esta forma la pobreza, discriminación y violación a derechos sociales se encuentran ligados de forma estrecha. Ante ellas, Mini Numa tuvo la capacidad de romper con un patrón de desarticulación social, principalmente comunitaria, relacionada con diversos factores como son la migración, la inmersión de partidos políticos y de sectas, entre otros.

Es justamente la suma de todas estas capacidades construidas en el transcurso de su historia, lo que coadyuvó a que su caso resultara exitoso, pues hoy cuentan con una clínica, con un médico de planta y con un cuadro básico de medicamentos, además de los otros servicios que generalmente son negados a destinarse para comunidades pequeñas. Más aún, este triunfo de la lucha por la salud no lo obtuvieron como resultado de un acto político de gobierno o como una concesión, sino como consecuencia de una resolución judicial que obliga a las autoridades federales y estatales a proporcionar los servicios de atención a la salud en Mini Numa.

Así también en el ámbito de la autogestión comunitaria, los promotores comunitarios que fueron capacitados durante los años 2008 y 2009 por la organización Salud y Desarrollo Comunitario A.C. (Sadec), actualmente se encuentran prestando el servicio de atención primaria a la salud para los Na Savi de su comunidad. De la misma manera la Asamblea comunitaria ha venido nombrando a los integrantes del Comité de Salud que se siguen encargando de vigilar la calidad en el servicio de salud.

En términos de la judicialización de la exigencia del derecho a la salud y por lo tanto de la concreción de garantías secundarias que hagan exigibles los derechos, Mini Numa no tiene precedentes, pues representa el primer caso de justiciabilidad del derecho a la salud con un efecto colectivo y no individual, dado que en la resolución que ganó Mini Numa, el juez ordenó la construcción de un

Centro de salud en Mellatónoc, funcional y bien equipado, teniendo un impacto en aproximadamente 192 localidades que integran los municipios de Cochoapa El Grande y Mellatónoc. Casos anteriores resueltos por la Suprema Corte de Justicia han tenido un efecto garantista pero exclusivamente para el amparista o la persona individual que recurre a la vía del amparo.

En un estudio realizado por Rodrigo Gutiérrez y Aline Rivera⁸⁹, destacan tres razones por las cuales Mini Numa es un caso de litigio estratégico⁹⁰, dando cuenta de los logros en el campo de la justiciabilidad:

1. Abre en la sede judicial el debate sobre la necesaria justiciabilidad de los DESC, dado que las condiciones de protección efectiva de estos derechos son adversas dentro del sistema jurídico, enfrentando grandes obstáculos, teóricos y prácticos que impiden su materialización.
La importancia de la demanda de Mini Numa es que a través de ella se enfrentó el viejo paradigma y se logró sentar precedente sobre la justiciabilidad de los DESC, y por tanto, una reconsideración de los mismos como verdaderos derechos fundamentales.
2. La obtención de una sentencia que protege el derecho a la salud de la comunidad se debió a todo un largo y complejo trabajo de organización comunitaria, vinculación con organizaciones y redes de la sociedad civil, de presión política sobre las instancias estatales, así como de difusión de la problemática a través de distintos medios de comunicación.

⁸⁹ Gutiérrez Rivas, Rodrigo y Rivera Maldonado, Aline. El caso Mini Numa: Un litigio estratégico para la justiciabilidad de los derechos sociales y la no discriminación en México. Biblioteca Jurídica virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Puede verse en: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/facdermx/cont/251/pr/pr5.pdf>

⁹⁰ Por litigio estratégico se entiende que Mini Numa forma parte de ese conjunto de casos en los que los que el proceso judicial se utiliza como un instrumento más que permite a personas, grupos y comunidades acceder a determinadas necesidades y bienes tutelados por los derechos que les han sido sistemáticamente negados. Ver en Gutiérrez y Rivera, op cit.

Solo con base en la organización y resistencia de comunidades como ésta, capaces de articularse con organizaciones y redes de defensa de derechos, será posible hacer avanzar a México en el debate sobre la plena efectividad de los derechos sociales.

“La sustitución de los actores individuales por otros colectivos ha producido una observación de los fenómenos que configura la acción social y, en consecuencia, la participación de estos nuevos actores en la producción del Derecho supone unos comportamientos que tienden a la transformación de las necesidades respecto de las cuales el orden jurídico debe otorgar protección.”⁹¹

3. No debe dejar de reconocerse el papel que tuvo el propio juez que otorgó el amparo, considerando importante destacar la función que los jueces pueden y deben desempeñar en la evolución de las estructuras jurídicas existentes y en el combate contra la discriminación y pobreza, haciendo un uso “alternativo del derecho” y reconociendo la construcción de un “derecho alternativo”⁹².

Asimismo, este amparo permitió, además de establecer un precedente judicial importante en el país, evidenciar la grave problemática de acceso a los servicios básicos que sufren poblaciones como Mini Numa, las consecuencias negativas de dichas carencia en la vida comunitaria, así como la situación de discriminación y pobreza en la que se encuentran.

⁹¹ Bergalli, Roberto, “Usos y riesgos de categorías conceptuales: ¿Conviene seguir empleando la expresión “uso alternativo del derecho”? En *El otro derecho*, vol. 4, N°1, Bogotá, marzo de 1992, ILSA, Bogotá Colombia, p. 25. Cita tomada de Gutiérrez y Rivera, *El caso Mininuma... Op. Cit.*

⁹² El derecho alternativo implica que es la propia comunidad, los usuarios del Derecho y actores como los movimientos sociales quienes construyen el derecho y crean los mecanismos considerados útiles para defender sus necesidades e intereses, “estén o no reconocidos y protegidos adecuadamente por el Derecho”, en Wolkmer, Antonio, “Pluralismo jurídico, movimientos sociales y prácticas alternativas, op cit... en *El otro derecho*.”

3.3 Mini Numa como sujeto social

El proceso de investigación llevado a cabo, esto es, la búsqueda de bibliografía e información a través del trabajo de campo, incluidas las entrevistas, la observación participativa, la recolección de documentos, fotos, videos, notas de periódicos, cartas de solidaridad, declaraciones; el expediente judicial, así como las transcripciones y sistematización de la información hecha hasta ahora, ha sido extensa y suficiente como para responder: ¿Qué elementos confluyen para que la comunidad Mini Numa, con una arraigada cultura colectivista, innove sus prácticas y actúe como un sujeto social que busca transformar su realidad? ¿Cuáles fueron los factores internos y externos que contribuyeron al éxito de esta experiencia?, ¿Cómo es que la lucha en torno a la salud se puede convertir en punto de partida para abordar otros aspectos del Buen vivir?

Los capítulos II y III de esta tesis, dan cuenta de las prácticas colectivas de Mini Numa y de los factores que contribuyeron a que la comunidad empezara a actuar –también colectivamente- a partir de un problema común como es la salud, reafirmando así su condición de sujeto social al añadir nuevas prácticas y perspectivas de cambio a ese colectivo que late cotidianamente. No era la primera vez que Mini Numa reaccionaba así, en su historia reciente la lucha por el agua y la educación⁹³ también generaron acciones comunes que buscan transformar su realidad y llamar la atención de la autoridad. En este sentido, la conformación de dicho sujeto social se da en distintos momentos, espacios y formas, en procesos históricos, políticos y sociales anteriores a la lucha por la salud. Mini Numa no se constituye como sujeto social a partir de 2003, sino que su conformación es paulatina e histórica, cíclica, no lineal, accidentada, multifactorial, teniendo como telón de fondo el Buen Vivir. En el caso que ahora nos ocupa, la identificación y elaboración colectiva de una necesidad, de una injusticia y de un derecho, fueron

⁹³ Años atrás la comunidad dio prueba de su capacidad organizativa y de su tenacidad, al obtener triunfos impensables para una comunidad pequeña y cercana a la cabecera municipal; me refiero a la construcción de las escuelas preescolar y primaria y el nombramiento de uno y dos maestros para cada plantel, situación poco frecuente en las comunidades indígenas de la Montaña.

claves para ir conformando una conciencia, una voluntad colectiva y un proyecto social que puso en el centro el cumplimiento del derecho.⁹⁴ El problema de la salud operó como un reactivo químico que detonó la indignación de la comunidad, su resistencia a aceptar el estado de cosas, la desnaturalización de la injusticia y la discriminación, y así fue como, los pobladores de Mini Numa echaron a andar sus recursos internos y su imaginación, no sólo para soñar lo que nunca habían tenido, sino para actuar como nunca lo habían hecho. Su historia, otros actores y las circunstancias concretas en que se desarrolla su lucha aportaron elementos.

En cuanto a la elaboración subjetiva del problema destaca el carácter estable pero abierto y finalmente cambiante de la cultura Na Savi, pues la reiterada solicitud de un médico en la comunidad, implicó ir reconociendo que las muertes de los niños y adultos no se debían sólo a que alguien les estaba haciendo daño —como muchas veces los Na Savi relacionan la tragedia con una acción intencionada de alguien para hacerles daño a través de la brujería— y se podían resolver curando el “mal de ojo”, sino que también requerían de un médico para garantizar la salud comunitaria y de rezos en el lugar donde se hizo el daño (como se narra en el capítulo II, pues la curandería es insuficiente y la vida se les estaba yendo de las manos).

Como lo señala Abel Barrera: “Aquí deja de ser la demanda clásica de cualquier grupo ante la falta de médico... aquí nace asociado al desequilibrio, al caos que imperaba en la comunidad”. Y añade: “si la lucha no estuviera operada por el motor de su cosmovisión, de su núcleo familiar y comunitario de lo que significa ser mixteco, seguramente su reclamo se hubiera quedado atorado en Metlatónoc”.⁹⁵ Asimismo, Barrera es claro en manifestar que en la lucha estaban los principales, los ancianos, la gente de respeto, la comunidad entera. “Era una causa comunitaria para asegurar que no hubiera una muerte más, y de ahí se desprende cómo se organizan, operan, no se quedan callados, buscan respuestas, a pesar de amenazas, no se conforman sino que logran organizarse y se encuentran con Tlachinollan que por lo menos tiene esa sensibilidad de

⁹⁴ Zencelman Hugo y Guadalupe Valencia, “Los sujetos sociales, una propuesta de análisis”, en *Acta Sociológica*, Vol. III, No. 2, mayo-agosto, 1990 UNAM, México, pp. 89-104

⁹⁵ Entrevista realizada en el mes de febrero de 2010.

comprender lo que representa una demanda. Y qué bueno que también sus integrantes le hicieron eco, no solo a nivel de oficios, sino de estrategia. Contó mucho la consistencia, presencia, perseverancia de ellos. Todo lo que debían y podían hacer lo hicieron. Ahí la clave fueron ellos, no claudicaron, eran persistentes. Eso dio pie a que se viera la posibilidad de buscar definir una estrategia para lograr lo que la comunidad quería”.⁹⁶

Lo anterior se confirma con el testimonio de David Montealegre, delegado en 2007, quien me compartió que decidió correr el riesgo de salir de Metlatónoc a Tlapa, y de ahí a Chilpancingo y al Distrito Federal, porque la gente de Mini Numa lo apoyaba de una forma que nunca antes lo había hecho con ningún delegado, y que en correspondencia él no les podía fallar. En medio de risas también comentó que se atrevió a hablar español porque sabía que era necesario hacerlo frente a los periodistas y organizaciones nacionales e internacionales para que la gente del país y de otros países conociera su historia y los apoyaran, es decir, tuvo claridad sobre el papel de los medios de comunicación y las alianzas políticas. También afirmó que ese respaldo que tuvo como delegado no lo habían tenido otros delegados en comunidades aledañas, siendo la cohesión comunitaria un factor clave para hacer vigente su derecho a la salud. En contraposición, David puso como ejemplo la comunidad de Yuviani, ubicada a 10 minutos de Metlatónoc, quienes han luchado desde hace más de 20 años para que les sea construido un hospital pero no han tenido la fuerza comunitaria que les da la cohesión para empujar su demanda. Al consultar sobre las posibles causas de ello, tanto el ex delegado como Abel Barrera, coincidieron en señalar que el entonces presidente municipal Saúl Rivera intervino en el proceso autogestivo que estaba llevando a cabo la comunidad, generando divisiones y como consecuencia, la ruptura del tejido social; a diferencia de Mini Numa, donde la cohesión y los escasos conflictos permiten una fuerza colectiva constante.

¿Qué factores confluyeron para fortalecer al sujeto social? Un primer elemento lo constituye su cultura e identidad como *na savi*⁹⁷, entendiendo que no

⁹⁶ El tema se ve con mayor amplitud en el apartado 2.2 en el que se presenta una caracterización de la región *Ñu Savi*.

⁹⁷ Ver el desarrollo de estos aspectos en el Capítulo III.

son inamovibles pero que la comunidad “filtra” selectivamente elementos externos –por ejemplo la noción de derechos, parte de la medicina occidental-. La importancia de la cultura no se había identificado al momento de definir el problema de investigación. Un segundo factor sería la cohesión comunitaria, la cual comenzó a gestarse desde la fundación de la comunidad por dos familias hace poco más de cien años bajo una perspectiva de lo que se asemeja al Buen Vivir boliviano. Hoy, la población de Mini Numa tiene lazos de parentesco, se hallan primos, sobrinos, tíos, en segunda, tercera, cuarta y hasta quinta generación, considerando que los Na Savi se casan muy jóvenes. Los testimonios de los pobladores indican que, a reserva de algunas diferencias que mantienen con pocas familias, no hay conflictos mayores entre ellos, además de que no hay costumbre de emborracharse (más que en la fiesta del 8 de enero o a final de año), lo que les evita muchos problemas. Vida pacífica que se confirma en un dato: la cárcel está construida pero nadie la ha pisado.

Otro factor que yo englobo en el *fortalecimiento de su conciencia como sujetos de derechos* fue el trabajo pedagógico y de acompañamiento que hizo el Centro de Derechos Humanos Tlachinollan. Si bien, la comunidad ya tenía muy identificada la necesidad del médico, el trabajo educativo en torno a los derechos humanos y su marco de protección reforzó su posición como sujetos de derecho. Cuando solicitaron el apoyo a Tlachinollan su discurso hablaba de una necesidad. Con el acompañamiento y el trabajo conjunto con esta ONG, en el que se enfatizó que lo que se exigía era el cumplimiento de una obligación del Estado y no una concesión, descubrieron el potencial de los derechos, se apropiaron de ellos y adoptaron un discurso de derechos, fortaleciendo su lucha y su determinación para conseguirlos. Cabe resaltar que la estrategia pedagógica sobre derechos humanos fue resultado de un proceso educativo que se llevó a cabo sin un esquema formal y que, al ir trabajando con ellos las herramientas jurídicas y metajurídicas de defensa, así como los fundamentos de las mismas –que no eran otra cosa más que los derechos humanos amparados en el marco nacional e internacional de protección-, se gestó y fortaleció la idea de luchar por un derecho. En cierto sentido, este proceso educativo se inscribe en la perspectiva freiriana de

educación liberadora, que implica la construcción de un sujeto en el proceso educativo.

A la pregunta expresa que realicé a los principales y líderes de la comunidad sobre qué había sido más importante, si la organización y cohesión comunitaria o el acompañamiento de Tlachinollan, la respuesta fue que ambas, argumentando que ya tenían varios años organizados y luchando por conseguir al médico, pero que esto no fue posible hasta que Tlachinollan los apoyó y respaldó con su trabajo de defensa.

La salud es un derecho contemplado en las leyes mexicanas, sin embargo, no se cumple cabalmente y menos aún a los pueblos indígenas, a los que se trata como ciudadanos de segunda o tercera. Entonces, los retos de Mini Numa para hacer efectivos sus derechos han implicado apropiarse de ellos con toda la connotación liberal y homogeneizante, no sólo como individuos sino como comunidad –categoría central para el ejercicio de sus derechos construidos por usos y costumbres-, lo cual ha sido una valiosa forma de hacer valer su derecho a tener derechos. Y es en medio de estas posibles complementariedades y tensiones entre su ciudadanía étnica y la ciudadanía liberal que se va abriendo paso la posibilidad del Buen Vivir.

En este sentido, el proceso social mediante el cual se van construyendo como sujeto social ha sido simultáneamente su proceso de construcción como ciudadanos ante el Estado y la comunidad política nacional, pues ellos, aunque inician con peticiones y escritos que no estaban asociados a una noción de derechos, ante la cerrazón gubernamental toman conciencia de éstos y desde ahí, colectivamente, van abandonando su autoidentificación de comunidad pobre para posicionarse como una colectividad con derechos, ciudadanía colectiva exigida ante el Estado nacional. Hoy no conciben los servicios de salud como una dádiva de los de arriba, no es un favor, no es sólo reivindicación social, es la exigencia de un derecho, que a la vez los fortalece como ciudadanos y no sólo como sujetos sociales. Entonces, reivindicaciones como el agua, la educación y la salud, han sido detonadores de lucha, de conciencia y de acciones ciudadanas.

Finalmente, valdría la pena decir, con vistas ya a las conclusiones finales de esta investigación, que lejos de pretender purificar y encuadrar al sujeto social de esta tesis, debo reconocer que finalmente el sujeto social se entrelazó con procesos y actores que trabajaban en pos de ejercer el derecho a la salud para subsanar una necesidad tan sentida de la comunidad. En este sentido, Tlachinollan formó parte de ese sujeto que toma conciencia, define estrategias, participando con la comunidad de manera transitoria. Lo mismo los otros actores que estuvieron presentes, que apoyaron desde distintos ámbitos, ángulos, lógicas y recursos.

A manera de conclusión

En el ámbito del Desarrollo Rural, mucho se habla sobre el desarrollo y sus retos, siendo uno de los principales la construcción de un cambio social que considere la voz y las perspectivas de los sujetos sociales, es decir, actores sociales con conciencia del lugar que ocupan en el mundo y la relación que guardan respecto al poder; sujetos que trascienden lo individual para posicionarse en un horizonte compartido con la colectividad, capaz de organizarse para transformar su entorno.⁹⁸

El presente caso da cuenta de una comunidad que, ante un problema compartido, supera las prácticas colectivas que son parte ya de su vida cotidiana para actuar de nuevas formas como sujeto social comunitario, sujeto que adquiere conciencia sobre su condición, transitando a la acción colectiva bajo un horizonte compartido y organizado, con la finalidad de transformar su realidad. En este sentido, Mini Numa, en el contexto de la Montaña de Guerrero e incluso en términos nacionales, representa una experiencia paradigmática del ejercicio, reivindicación y búsqueda de mecanismos de garantía de los derechos colectivos como lo es el derecho a la salud.

Es así que entre los teóricos que abordan el estudio del sujeto social, vale la pena retomar a Hugo Zemelman y Guadalupe Valencia, que exponen que el sujeto social es un actor en permanente construcción y es el responsable de la acción política entendida como dotarle de sentido -y direccionalidad- al futuro o de historizar el futuro⁹⁹. En este caso Mini Numa es un sujeto que se ha venido construyendo al tomar conciencia de que sus necesidades –agua, educación y salud- revisten un lenguaje de derechos, derechos inalienables a su identidad colectiva como comunidad indígena.

En este sentido, la lucha de la comunidad se dio sobre la base de la dignidad como pueblo indígena Na Savi que, a diferencia de la manera en cómo el hombre se concibió desde la visión que tuvo del mundo a partir de sí mismo, Mini

⁹⁸ Relatoria de la Unidad III del Módulo I de la Maestría en Desarrollo Rural impartida en la UAM Xochimilco, 2009.

⁹⁹ Zemelman Hugo y Guadalupe Valencia, Op Cit

Numa se concibió como una entidad colectiva, y como tal, la necesidad de contar con servicio médico en el comunidad surgió del colectivo mismo. De esta forma, necesidad, derecho, identidad y dignidad se vieron como elementos que surgían del seno de la comunidad misma y no como resultado de la construcción individual o de un "poder externo", como lo señaló Eric Wolf.¹⁰⁰

Al respecto considero que aunque los sujetos sociales cuenten con el apoyo externo, éste no puede sustituir a los sujetos. Se requiere que surja en ellos mismos una conciencia de la necesidad del cambio y una voluntad colectiva para impulsarlo. Es decir, en los sujetos colectivos, llámense comunidad indígena o campesina, tiene que germinar la semilla de la conciencia como seres pobres, explotados o colonizados -si lo queremos poner en palabras de Bonfil Batalla¹⁰¹-, de la necesidad y el agravio, pero también el imaginario de otro mundo posible, un bienestar o buen vivir que requiere del cambio y que opera como motor de la movilización. Esto no se los *otorga* el "poder exterior". Sin esa semilla, no hay fuerza capaz de movilizarlos. Y esa semilla germina en el seno de las propias comunidades. Hasta entonces los apoyos externos cobran otra relevancia.

Mini Numa representa una comunidad indígena monolingüe que tuvo y ha tenido la capacidad de articular diversas estrategias de defensa, que podríamos dividir en internas y externas. En las internas destaca la capacidad organizativa de la comunidad, pues se dieron cuenta que tenían que crear una estructura específica para su lucha por el acceso a la salud. En asamblea comunitaria crearon el Comité de Salud integrado por un grupo de hombres y mujeres de la comunidad que tendrían el encargo de gestionar y efectuar todas las acciones para que la comunidad contara con clínica, médico y medicamentos.

En cuanto a la estrategia externa, ubicaron que no podían seguirse enfrentando al gobierno solos, sino que debían construir una red de alianzas que les permitiera fortalecer su voz y presionar con mayor fuerza a las autoridades, considerando que el Centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinollan, además de ser su aliado, podría apoyarlos a diseñar estas estrategias de lucha y

¹⁰⁰ Wolf, Eric R. *Las Luchas campesinas del siglo XX*. Editorial Siglo XXI, 1999, México, pp 375-400

¹⁰¹ Bonfil, Guillermo, 1991. "Pensar nuestra cultura". Pp. 88-106

acompañarlos en sus distintas etapas. De igual forma comenzaron a darle publicidad a su problemática, a la realidad que inicialmente sólo los pobladores de Mini Numa conocían, justamente para lograr la solidaridad social y denunciar públicamente las condiciones graves de pobreza y marginación que viven.

En la Montaña de Guerrero son pocas las comunidades que logran trascender sus limitaciones para sumar herramientas externas que fortalezcan sus capacidades propias y en este sentido que adquieran un primer nivel de conciencia indispensable y construyan además una plataforma de estrategias diversas e integrales. Es justamente la suma de todas estas capacidades internas y externas, construidas las primeras en el transcurso de su conformación y fortalecimiento como comunidad, mientras las segundas a más de cinco años en coordinación con Tlachinollan, lo que coadyuvó a que su caso obtuviera un resultado exitoso, pues hoy cuentan con una clínica, con un médico de planta y con un cuadro básico de medicamentos. Más aún, este logro lo obtuvieron no como resultado de un acto político de gobierno o como una concesión, sino como consecuencia de una resolución judicial que obliga a las autoridades federales y estatales a proporcionar los servicios de atención a la salud en Mini Numa. Y no solo eso, el resultado positivo tuvo trascendencia regional dado que el juez ordenó la construcción de un Centro de salud en Metlatónoc, funcional y bien equipado, teniendo un impacto en aproximadamente 120 localidades que integran los dos municipios de la zona de la mixteca alta de la Montaña.

Asimismo, el caso de Mini Numa advierte que es justamente la generación de una conciencia social y una capacidad organizativa, lo que puede permitir reivindicar sus derechos colectivos como comunidades indígenas. Sin duda alguna, la fortaleza interna de la comunidad permitió idear e implementar estrategias externas que no hubiesen sido posibles sino a partir de una solidez y claridad comunitaria.

Por otro lado, los indicadores de vivienda, salud, educación e ingreso-alimentación, expuestos en los apartados anteriores, nos dan cuenta de la dificultad de que los pueblos indígenas de la región accedan a un nivel digno de vida, el cual pasa por el cumplimiento y ejercicio de los derechos sociales y

económicos mínimos que ya han sido referidos. Así, frente a estas condiciones de subsistencia, la generación de procesos comunitarios organizados puede resultar sumamente compleja, en primer lugar por no existir recursos económicos mínimos para organizar una lucha que sea sustentable en las actividades básicas de la gestión y, en segundo lugar, porque las y los indígenas se tienen que concentrar en sus actividades económicas de autoconsumo y subsistencia como es la agricultura e incluso la migración.

En contraste con la idea de que el objetivo del desarrollo es cubrir las necesidades más apremiantes del hombre, en la teoría de los derechos humanos se considera que la garantía y ejercicio de los derechos económicos, sociales, culturales, políticos y civiles, dan como resultado un bienestar integral que no sólo se limita a cubrir las necesidades básicas, sino a la realización individual y/o colectiva, así como un nivel de vida digno y adecuado, de acuerdo a los estándares internacionales de protección a los derechos humanos, pero también un bienestar espiritual, en equilibrio con la naturaleza, algo semejante al Buen Vivir.

He aquí otro tema de gran relevancia para esta investigación: el debate que genera el concepto de desarrollo dentro de las ciencias sociales que adoptan una postura crítica. Durante los debates y análisis realizados en la Maestría en Desarrollo Rural coincidíamos que para entender este concepto y su aplicación en la vida de los hombres y mujeres era necesario observar los esquemas y teorías de desarrollo desde dos preguntas ¿para qué? y ¿para quién?

Si bien el pensamiento moderno sentó las bases ideológicas para la reproducción del sistema capitalista, éste permeó toda estructura social, política, económica y cultural de los países ricos, los cuales bajo el esquema de la colonización, trasladaron dichas lógicas a los países colonizados, originando lo que Bonfil Batalla denominaría la lucha de las civilizaciones: la occidental y la mesoamericana; una por imponerse y la otra por sobrevivir¹⁰². La existencia de comunidades indígenas como la de Mini Numa, es reflejo de esta lucha entre la sobrevivencia y la resistencia, como lo es también del fracaso de las *promesas* –o

¹⁰² *ibid*

más bien las *amenazas*- de la modernidad, en el sentido de que los beneficios del desarrollo alcanzarían a todas las naciones y pueblos, y se consolidaría una sola nación, bajo un mismo contrato social.

De acuerdo con este autor, Mini Numa deviene de la civilización mesoamericana por ser una comunidad indígena que parte de una entidad mayor que es el pueblo indígena Na Savi, el cual ha resistido más de 500 años para mantener muchas de sus formas organizativas, sus instituciones, sus valores, tradiciones y su cosmovisión, ante el embate de una civilización occidental que ha buscado su exterminio o su asimilación a la *modernidad*. Sin duda, algunas de las consecuencias evidentes de la discriminación hacia los pueblos indígenas son las condiciones de marginación, exclusión y discriminación en las que viven, siendo en particular que Mini Numa se encuentra marcada por un contexto de pobreza extrema, ajena a cualquier tipo de participación sobre la definición del proyecto de nación, e incluso, siendo incapaz de ejercer el poder para definir el tipo de gobierno o el tipo de desarrollo que satisfaga sus necesidades e intereses.

Al respecto, Ibarra desarrolla la idea de participación política, entendiéndola como "actos de poder ejercidos por la comunidad, la cual tiene una propuesta de bien común y de quehacer en función de intereses o necesidades colectivas"; o bien, en otras palabras la define como la "voluntad y práctica de una comunidad de individuos de decidir operativamente, mediante la concurrencia cotidiana horizontal de todos sus miembros, sobre sus intereses generales".¹⁰³ Agregando que tales procesos decisorios se presentan como complementarios del poder ejercido desde la legitimidad democrática por gobiernos y estados, y considerando, por ende, a la participación como elemento esencial del desarrollo.

Así también, este autor ejemplifica la puesta en práctica del concepto de participación con el caso de una comunidad que demanda al Estado el cumplimiento de su derecho a la salud, y que a la vez promueve la capacitación de promotores comunitarios para garantizar que la atención médica se otorgue independientemente de la *concesión* del Estado. Dicho ejemplo es exactamente el caso de la práctica de poder asumida por la comunidad de Mini Numa, tanto como

¹⁰³ Ibarra, Pedro. 2001. "Participación política y desarrollo humano", pp 110-135

para exigir su derecho al Estado, como para organizarse en la lógica de la autogestión. Es decir, por un lado Mini Numa no renunció a su identidad como ente colectivo e indígena para someterse a leyes que desconocen la existencia, práctica y particularidad de los pueblos y comunidades indígenas, y que en gran parte fueron diseñadas bajo la idea de homogeneizar a una sociedad pluriétnica, con la finalidad de lograr el reconocimiento de su derecho a la salud. Y a su vez, con ello no renunciaron a su capacidad autogestiva, a ejercer el poder en pos de un beneficio comunitario, más allá de la acción estatal.

Sin embargo, cabe destacar que el ejercicio de poder asumido por Mini Numa para demandar al Estado el respeto, reconocimiento y garantía de sus derechos a la salud, al agua y a la educación, ha encontrado dificultades para organizarse de cara a otros agravios como la afectación a la integridad de su territorio, destrucción de algunas parcelas y viviendas a raíz de la construcción, entre los años de 2007-2008, de una carretera que atraviesa la comunidad. Analizar las razones por las cuales se organizaron para demandar el cumplimiento de su derecho a la salud, no así el relativo al territorio, la vivienda y el trabajo, entre otros, no es el objetivo de la presente tesis, sin embargo deja ver que el hecho de que un sujeto se forje en la exigencia de ciertos derechos no significa necesariamente que lo va a hacer en todos los casos que se le presenten en forma de agravio, necesidad o injusticia.

Cierto es que la acción colectiva de la citada comunidad tiene su raíz en el pasado, en sus condiciones de vida, en los agravios sufridos, y coincido con Zemelman y Valencia en la importancia de conocer su proceso de constitución como sujeto social y su potencialidad de futuro, de lo cual bien han dado muestra, pero que quizás sería deseable que la potencialidad debiera ir más allá del ámbito del agua, la educación y salud, para ver por el bienestar y desarrollo de la comunidad en su conjunto,¹⁰⁴ más cercana al ámbito del Buen Vivir. Cabría preguntarse entonces si esta conciencia adoptada por la comunidad como sujeto de derechos, se verá reflejada en lo futuro en otros ámbitos de su vida y del Buen Vivir, un desarrollo promovido y pensado por ellos mismos, más que como

¹⁰⁴ Zemelman Hugo y Guadalupe Valencia, "Los sujetos sociales. una propuesta de análisis", en *Acta Sociológica*, Vol. III, No. 2, mayo-agosto, 1990 UNAM, México, pp 89-104

resultado de las políticas públicas integracionistas y a la vez segregacionistas diseñadas e implementadas por el gobierno mexicano en sus diferentes niveles, sin consulta ni participación de los directamente afectados.

Lo cierto es que Mini Numa es uno de esos espacios sociales y territoriales en los que pervive otra noción de vida digna. A través de su lucha, la comunidad de Mini Numa está buscando esa felicidad interior que produce el bienestar físico, espiritual y social, la salud como un elemento del Buen Vivir de la colectividad. Claro que su lucha se da en un contexto donde está haciendo estragos el desarrollismo, y donde la legislación y normatividad sobre salud se rigen por criterios cada vez más alejados, ya no digamos del concepto Buen Vivir, sino incluso del progreso y del Estado social; cada vez más cercanos a una idea de rentabilidad y de privatización de los servicios de salud. En ese contexto, el conjunto de derechos sociales, entre ellos el relativo a la salud, aparecen como un punto de apoyo importantísimo para defender la salud e incluso la vida de cada integrante de la comunidad y de la comunidad misma.

En este sentido valdría la pena preguntarse por el papel que juegan los derechos en la defensa de la salud comunitaria de pueblos indígenas. Al respecto, habría que considerar que con todo y su sello liberal, los derechos, apropiándoseles e imprimiéndoles una perspectiva propia desde el sujeto, pueden resarcir o mejorar el agravio o la injusticia vivida por la carencia del mismo. Cada ente, cada sujeto, debe apropiarse desde su propio mundo de vida de los contenidos del derecho a la salud, en este caso, a modo de exigir su cumplimiento desde y para su particularidad.

Respecto a los alcances y límites de esta estrategia o vía para lograrlo, valoraría que si bien se ganó el amparo, hasta la fecha no han sido cumplidos todos los extremos de la sentencia, empezando porque el centro de salud de Metlatónoc, hasta el día de hoy, 5 de diciembre de 2011, no está operando, a más de 3 años de la emisión de la sentencia. Asimismo, esta resolución judicial, si bien es un paso muy importante, no resuelve de fondo el problema de salud de Mini Numa y de Metlatónoc, dada que la integralidad del derecho incluye niveles dignos y culturalmente aceptables de la vigencia de derechos como a la alimentación,

vivienda, trabajo, respeto e integración de los sistemas de salud comunitarios al sistema institucional, pasando por el conocimiento, respeto y sensibilidad del personal del sector salud hacia la cultura Na Savi, todo lo cual no ocurre y está lejos de ser una realidad.

Es justo señalar que si bien el gobierno del estado dotó de servicio médico a la comunidad, fue un servicio implementado sin consulta o participación de la población, aunque la confianza que el médico se ha ganado en la comunidad puede abrir la oportunidad de conocer e integrar el sistema de salud comunitario, si es el deseo y ánimo de ambos.

Valorando las lecciones que surgen de esta experiencia para tantos otros grupos que padecen el incumplimiento de sus derechos sociales que sueñan con resolver sus problemas de salud, señalaría en primer lugar que este caso no es una experiencia replicable como receta de cocina; sin duda habrá elementos que sirvan a otros, tanto en las acciones, la estrategia, los actores o las redes que acompañaron y apoyaron esta demanda, así como las argumentaciones jurídicas, y sin duda, el precedente sentado en materia de justiciabilidad de los derechos sociales. Ahora bien, no hay lucha posible sin un nivel determinado de conciencia que advierta o alerte de aquello que les ha sido arrebatado, o que no se les otorga como corresponde, acompañado de un adecuado nivel organizativo derivado de la cohesión grupal o comunitaria. Ahora bien, el tener claro qué quieren lograr les ayuda a vislumbrar el camino que habrán que tomar, así como los aliados de los que se habrán de allegar para apoyarles a alcanzar aquello que determinaron.

Pensando en ¿Cómo la lucha por el derecho a la salud permite que una comunidad se fortalezca como sujeto social y sujeto ciudadano? Pensaría que siendo un proceso evolutivo, histórico y no lineal, la constitución como sujetos de derecho se da a la par de los siguientes elementos: en la medida que se ubican en un horizonte compartido en el que identificaron una serie de carencias que consideraron que por derecho o justicia les correspondían; que sus demandas constituían derechos revestidos de un discurso que legitimaba y empoderaba su lucha; asumieron una conciencia de sujetos con derechos a exigir el cumplimiento de los mismos, ejerciendo una ciudadanía étnica. Todo ello ejercido a través de su

estructura comunitaria, debiendo innovar en formas organizativas y estrategias que sumaron y coordinaron sus capacidades con las de actores externos a la comunidad.

Otro punto de reflexión que se deriva de la presente tesis es sobre la importancia que tiene la salud en la construcción de un desarrollo alternativo o del buen vivir. Al respecto apuntaría que la salud es un derecho nodal para lograr el buen vivir, dado que protege el derecho a la vida y a la integridad, derechos fundamentales; es uno de los indicadores más importantes del nivel y grado de desarrollo. Y aunque las políticas desarrollistas han perfilado una idea de salud y su tratamiento, la salud es un elemento a través del cual despuntan luchas que tienen como fondo la reivindicación étnica o multicultural. En este sentido, la salud desde la perspectiva de los sujetos, forma parte de una concepción del Buen Vivir, el cual tiene repercusiones importantes en los procesos que los sujetos sociales desarrollan en la lucha por la salud. Cuando la iniciativa parte del sujeto social, la cultura toma un carácter importante, pues se valora la sabiduría médica, tradicional, empírica, los conocimientos y habilidades, las formas de organización familiar y comunal.

Si nos referimos otro punto de reflexión sobre las implicaciones y los alcances de lo que sucede en Mini Numa en relación a la tendencia neoliberal en México, podría apuntar que la experiencia de Mini Numa sienta un precedente muy importante en el campo de la exigibilidad y justiciabilidad de los derechos sociales, frente a la ausencia de recursos e instancias idóneas para ello. Sin embargo, esta experiencia es propia de un lugar y sujeto determinado, de un momento, de un juez, de una organización y comunidad con prácticas determinadas que lograron coordinarse, de una red de apoyos, de recursos materiales, es decir, de elementos muy específicos que difícilmente se repetirían, por lo que no es una experiencia replicable, a pesar de su riqueza e importancia. Aquí se conjugan una serie de elementos propios y característicos de los actores y del lugar, que no se repetirían tal cual en otro espacio.

Lo que sí se puede replicar o retomar son los instrumentos, recursos, argumentos, instancias, acciones, actores, esquemas, pero sin pretender aplicar recetas.

En el caso de Mini Numa además del aspecto jurídico que estableció la obligación del Estado, son varios los aportes de este caso al proceso de empoderamiento de los DESC como derechos:

- B) El reconocimiento de la legitimación que tenía esa población vulnerable para pedir servicios médicos en la comunidad.
- C) El rol del amparo con un efecto colectivo como vía de participación y control ciudadano de los asuntos públicos.
- D) La aplicación directa de un tribunal nacional de normas sobre derecho a la salud, consagradas en tratados internacionales.
- E) La imposición de responsabilidad personal al secretario de salud y al gobernador del estado (en representación del Estado) para garantizar el acceso al servicio médico de Mini Numa y Metlatónoc , lo que da fortalece el hecho de que las obligaciones que emanan de los derechos sociales tienen carácter de derechos humanos como los civiles y políticos y pueden acarrear responsabilidades jurídicas, excediendo la mera discrecionalidad política.

Asimismo es menester destacar que la experiencia comunitaria de Mini Numa se mantuvo en constante tensión con la tendencia neoliberal de salud, desde la visión que se imprime en cada una. En la primera priva una lógica colectiva, en la que se busca el bienestar comunitario, no solo en términos de ausencia de enfermedades sino de salud espiritual y equilibrio con la naturaleza. En tanto que la segunda contempla a la salud como mercancía, buscando obtener ganancias por la prestación del servicio. Asimismo, en el servicio de salud que se presta en las comunidades indígenas por parte de la Secretaría de Salud, prevalece una visión discriminatoria y excluyente de los sistemas de salud comunitarios, así como de sus usos y costumbres, que se traduce en malos tratos y desprecio, lo cual lleva a una polarización, distanciamiento y desconfianza entre los prestadores del servicio y los beneficiarios.

Con el fin de ir cerrando el presente apartado y retomando el objetivo de la presente tesis, es importante destacar que Mini Numa se presenta como un sujeto social cuya conformación data de procesos históricos, políticos y sociales anteriores a la lucha por la salud; su construcción es paulatina e histórica, avanza y retrocede, no sigue un curso lineal y ascendente. Las movilizaciones por la educación o el agua o por el reconocimiento político como Delegación municipal Na Savi anteceden al proceso que nos ocupa. El objetivo general de la presente investigación se circunscribió al análisis del proceso citado y de la interrelación de su lucha con su propia re-construcción como sujeto social, así como de los factores internos y externos que hicieron posible su fortalecimiento como tal. Al respecto, apunto los siguientes:

1. Su constitución como comunidad es reciente, poco más de 100 años, no así como pueblo indígena Na Savi, de donde proviene una estructura comunitaria e institucional, lengua, cosmovisión, usos y costumbres que comparten con los Na Savi de la región. Asimismo, la fundación de Mini Numa se hizo a partir de dos familias, lo que deriva en lazos de parentesco entre todos o casi todos los habitantes de la comunidad, lo cual ha redundado en una fortaleza y cohesión comunitaria importante.
2. Identidad y cosmovisión Na Savi. Históricamente, el pueblo mixteco en Guerrero ha tenido la capacidad de resistir y subsistir a pesar del atropello social e institucional en base a su arraigo a la tierra, la fortaleza del núcleo familiar y comunitario, su identidad como Na Savi. Este espíritu de cuerpo comunitario y familiar es lo que les permite sentirse fuertes. Asimismo, hay estructuras básicas del pueblo Na Savi que forman parte de la consistencia de organización de cara a la sociedad: la asamblea, la lengua materna, los liderazgos comunitarios, su sistema de cargos, su organización comunitaria entorno a comités, donde se asigna una responsabilidad grupal y personal, el papel de los sabios y sus sistemas de salud: curanderos, rezanderos, parteras, todos ellos de la mano con su espiritualidad y con el respeto a la naturaleza.. Es la consistencia de su espiritualidad que les hace tener un carácter fuerte, “que los hace sacar fuerzas más allá de lo que pueden”,

dice Abel Barrera. “Es muy fuerte su cosmovisión mixteca, su forma de ver el mundo, su forma de explicarlo tiene una dimensión sagrada”.

3. Un camino andado en la demanda de atención y gestión para cubrir sus necesidades. Es una comunidad que ha tenido la conciencia de ubicar necesidades para proyectarlas como demandas e innovar en sus formas organizativas para buscar la forma de atenderlas. Esta comunidad ha hecho de la gestión una práctica que se ha venido consolidando a medida que demandan la atención de sus autoridades para obtener una respuesta, ejercicio del que ahora se han apropiado como sujetos que reclaman el ejercicio de sus derechos.
4. Tener una estructura organizativa sólida que va de la mano con un fuerte sentido de arraigo y pertenencia al pueblo Na Savi y a su comunidad.
5. Un alto grado de compromiso y corresponsabilidad, como resultado de no verse a sí mismos en lo individual sino como colectivo, lo que motiva que las luchas por acercarse a ese ideal del Buen Vivir, tengan un impacto colectivo.
7. Legitimidad y confianza en el Delegado como guía de la comunidad
8. Calidad moral y compromiso de sus autoridades, líderes y principales
9. Cohesión comunitaria
10. Demanda por la salud asumida colectivamente
11. Coraje y un alto grado de dignidad (lo que por derecho o por justicia merecen)
12. Determinación, tenacidad, disciplina,
13. Alto grado de participación de los miembros de la comunidad, aunque en menor grado de las mujeres y niños
14. Motor de participación y movilización basado tanto en experiencias negativas, traducidas en necesidad, agravios, o el percibirse víctimas de la injusticia (social), como positivas.
15. Aliarse con Tlachinollan, quien acompañó su lucha, y por momentos fue parte del sujeto mismo

En síntesis, **las conclusiones** apuntan a lo siguiente:

- La conciencia como sujetos de derecho fortaleció aún más su organización
- Como sujeto, Mini Numa tuvo la capacidad de articular diferentes estrategias de defensa las cuales en conjunto generó una presión social y política favorable para que los gobiernos federal y estatal dieran acceso a los servicios de salud en Mini Numa y al municipio de Metlatónoc.
- La sentencia que ordenó garantizar el acceso a los servicios médicos sentó un precedente de justiciabilidad de un derecho social a nivel nacional
- Desarrollaron una visión autogestiva, al abrirse a un proceso de capacitación a los promotores comunitarios
- La comunidad ejerció una práctica de poder tanto para exigir su derecho al Estado, como para organizarse en la lógica de la autogestión

Dado el grado de conciencia adoptado por la comunidad y sus dinámicas y procesos, es muy probable que en poco tiempo escuchemos hablar de que la comunidad de Mini Numa se encuentra en un nuevo proceso de lucha por acercarse a ese ideal de la vida digna y equilibrada que es el Buen Vivir.

BIBLIOGRAFÍA

- Abramovich, Añón y Courtis (Comps.), *Derechos sociales. Instrucciones de uso* (pp. 143-180). México: Doctrina Jurídica Contemporánea, Distribuciones Fontamara.
- Abramovich, V. y González, F., 2001. *Materiales para el curso sobre litigio y activismo en derechos humanos*. Washington: American University-Washington College of Law. P. 111
- Abramovich, Víctor y Courtis, Christian, Hacia la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales. Estándares internacionales y criterios de aplicación ante los tribunales locales, 51 pgs, en [http://www.pj.gov.py/ddh/docs_ddh/Exigibilidad de los DESC Abramovich.pdf](http://www.pj.gov.py/ddh/docs_ddh/Exigibilidad%20de%20los%20DESC%20Abramovich.pdf)
- Albertani, Claudio (1997). "Las aventuras de lo imaginario. Notas en torno al mito y la utopía en la historia de México". Pp. 25
- Berrio Lina y Reyes Natalia, Kinal Antzetik A.C., 2008. "Las mujeres indígenas y la muerte materna" en Coalición por la salud de las mujeres. Retos Legislativos. México, Distrito Federal.
- Bonfil, Guillermo, 1991. "Pensar nuestra cultura". Pp. 88-106
- Campos, Luis, "Exigibilidad y justiciabilidad de los DESC" , CELS, Argentina, 5pgs, en http://www.serpai.org.uy/serpai/ph/desc/seminarios/desc_pon_campos.pdf
- Centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinollan A.C. 2006. *Situación general de derechos humanos en el estado de Guerrero*, Tlapa de Comonfort, Guerrero.
- Centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinollan A.C. 2009. "Guerrero: donde se castiga la pobreza y se criminaliza la protesta", XIV Informe, Tlapa de Comonfort, Guerrero, México, junio 2009.
- Chato Pilar, *El Buen Vivir, repensar el desarrollo*, en blog Otramérica de sur a norte, en <http://otramerica.com/temas/el-buen-vivir-repensar-el-desarrollo/40>
- CONAPO, 2005. Indicadores socioeconómicos del Consejo Nacional de Población con base en el III Censo de Población y Vivienda 2005, y la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2005, IV Trimestre.

- Convención adicional a la Convención Americana sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en <http://www.un.org/es/>
- De la Peña, Guillermo, 1995 "La ciudadanía étnica y la construcción de los indios en el México contemporáneo" en *Revista Internacional de Filosofía Política* (Madrid) # 6, 1995, pp. 116-140
- De la Peña, Guillermo, 2006. "Derechos indígenas y ciudadanía étnica", texto preparado para el Seminario Nacional: Agenda del Desarrollo, 2006-2020, organizado por el Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM, marzo-mayo.
- De Souza Santos, Boaventura, *Hablamos del socialismo del buen vivir*, en *América Latina en Movimiento* No. 452, febrero 2010, año XXXIV, II época, Quito, Ecuador.
- Delgado, Ovidio. 2001. "Geografía, Espacio y Teoría Social", en G. Montañez, J. Carrizosa, N. Suárez, O. Delgado, J.A. Lucio (Edits), *Espacio y territorios: Razón, pasión e imaginarios*, Universidad Nacional de Colombia, Unibiblos; Colombia; p. 39-66
- Díaz Gómez, Floriberto. 2007. "Comunidad y comunalidad" en Sofía Robles y R. Cardosol (comps). *Floriberto Díaz: Escrito, Comunalidad, energía viva del pensamiento mixe*. UNAM; México, D.F. pp. 25-67
- Escalante, Pablo y Rubial, Antonio (2004). "Los Pueblos, los Conventos y la Liturgia", en Pablo Gonzalbo Escalante, coord. **Mesoamérica y los ámbitos Indígenas de la Nueva España**, tomo 1. Historia de la vida cotidiana en México. México: FCE / COLMEX. Pp: 367 – 390.
- Espinosa Damián, Gisela, 2004. *La feminización de los problemas de salud en el gobierno del cambio*, en *Economía Informa*. Num. 324, marzo, México, 2004
- Espinosa Damián, Gisela, 2011, "Mujeres indígenas construyendo su ciudadanía. Quince notas para la reflexión", en Cejas, Mónica y Ana Lau Jaiven (Coords), *En la encrucijada de género y ciudadanía. Sujetos políticos, derechos, gobierno, nación y acción política*, México, UAM-Xochimilco, Especialización/Maestría en Estudios de la Mujer, Conacyt.
- Florescano, Enrique. (1995). "La concepción nahua del tiempo y el espacio", en *Memoria Mexicana*. México, FCE. Pp. 113 – 143.
- FUNDAR, Centro de Análisis e Investigación A.C., 2008. *Infraestructura médica para la población marginada*. México www.fundar.org.mx

- Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C., *Seguro Popular: afiliación y presupuesto*, México, junio de 2011. Se puede ver en <http://fundar.org.mx/yminidnero/wp-content/uploads/2011/06/Fundar-Analisis-CP-2010-Seguro-Popular-09062011.pdf>
- García Leyva, JAIME, 2007. "La gente de la lluvia", en Revista Voces del Desarrollo "Interculturalidad e identidades "pueblos Guerreros". Abril-Junio, 2007, No. 3, pp. 9-14
- García Leyva, Jaime, 2007. "La gente de la lluvia", en Revista Voces del Desarrollo "Interculturalidad e identidades "pueblos Guerreros". Abril-Junio, 2007, No. 3, pp. 9-14
- Grande Nolasco, Lisseth Eugenia. Exigibilidad o justiciabilidad de los derechos económicos sociales y culturales, en http://www.bahaidream.com/lapluma/derecho/revista007/desc.htm#_ftn2
- Gutiérrez Rivas, Rodrigo y Rivera Maldonado, Aline. El caso Mini Numa: Un litigio estratégico para la justiciabilidad de los derechos sociales y la no discriminación en México. Biblioteca Jurídica virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Puede verse en: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/facdermx/cont/251/pr/pr5.pdf>
- Ibarra, Pedro. 2001. "Participación política y desarrollo humano", en Ensayos sobre el desarrollo humano, Barcelona, España, pp 110-135,
- INEGI 2005, III Censo de Población y Vivienda
- INEGI 2007, Indicadores de salud del estado de Guerrero. www.ineqi.gob.mx
- Kymlicka, Will y Norman, Wayne, 1997, El retorno del ciudadano. Una revisión de la producción reciente en la teoría de la ciudadanía" en Revista *Ágora*, # 7, Invierno.
- Laurell, Asa Cristina, *La salud: de derecho social a mercancía*, en "Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud", Fundación Friedrich Ebert, 11 pgs. También se puede ver en http://www.iaveriana.edu.co/Facultades/C_Sociales/Profesores/jramirez/PDF/laurell-saludymercancia.pdf
- Leyva Solano, Xóchitl, 2005 "Indigenismo, indianismo y 'ciudadanía étnica' de cara a las redes neo-zapatistas", en Pablo Dávalos (comp) *Pueblos indígenas, estado y democracia*. CLACSO, Quito, p. 279-310

- Leyva Solano, Xóchitl, 2007 ¿Antropología de la ciudadanía?... Étnica. En construcción desde América Latina. Liminar. Estudios sociales y humanísticos, enero-junio, año/vol. V, número 001. Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas., San Cristóbal de las Casas, México, pp. 35-59
- Meléndez Navarro David, *La Muerte materna en Guerrero al margen de la respuesta gubernamental. El desafío para el Seguro Popular*, en Muerte Materna y Seguro Popular. Fundar, Centro de Análisis e Investigación, México 2007, p.83.
- Organizaciones y redes del Grupo Promotor del Informe Alternativo DESCA, *Informe de organizaciones de la sociedad civil sobre la situación de los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales en México (1997-2006), Informe Alternativo al IV Informe Periódico del Estado mexicano sobre la aplicación del PIDESC*, pag. 121-123. De 207 pgs.
- Organizaciones y redes del Grupo Promotor del Informe Alternativo DESCA, *Informe de organizaciones de la sociedad civil sobre la situación de los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales en México (1997-2006), Informe Alternativo al IV Informe Periódico del Estado mexicano sobre la aplicación del PIDESC*, 207 pgs.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en <http://www.un.org/es/>
- Santos Milton, 1986. Algunas reflexiones sobre el concepto del espacio, en Cuadernos Críticos de Geografía Humana, Universidad de Barcelona Año XII, Número 65, Septiembre de 1986
- Secretaría de Salud Federal, 2002. *Lineamientos del Modelo Integrado de Atención a la Salud*.
- Secretaría de Salud Federal, 2007. Caravanas de la Salud, Modelo Operativo.
- Wolf, Eric R. Las Luchas campesinas del siglo XX. Editorial Siglo XXI, 1999, México, pp. 375-400
- Zemelman, Hugo y Valencia, Guadalupe, 1990 "Los sujetos sociales, una propuesta de análisis", en Acta Sociológica, Vol. III, No. 2, mayo-agosto, UNAM, México, pp. 89-104

Documentos

- Expediente de amparo 1157/2007 radicado en el Juzgado Séptimo de Distrito, interpuesto por el quejoso David Montealegre Hernández en contra de la Secretaría de Salud del estado.
- Solicitud de información ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (IFAI) con número de folio 0001200042209, hecha por FUNDAR A.C.
- Solicitud de información hecha por el Centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinollan A.C., mediante oficio dirigido al jefe de la jurisdicción sanitaria, marzo 2008.

Hemerografía

- *Propone Barrera a Mini Numa que espere a que se construya hospital de Metlatónoc*, 25 de junio 2008. El Sur.
- Diario El Reforma de los días 1º, 2 y 3 de julio de 2008, en www.reforma.com
- *Asignó el gobierno federal 1 mdp para atender indígenas de Mini Numa.*, 9 de julio 2008. Diario Pueblo. El secretario de salud indicó que con ello se violenta el reglamento y no se optimizan los recursos de salud.
- *"No vamos a atender caprichos" en Mininuma, advierte Barrera*, 20 de julio 2008. La Jornada Guerrero.
- El Sur, 20 de Septiembre de 2008. *Un "privilegio", el servicio de salud que se da en Mini Numa, según Luis Barrera Ríos*, en <http://www.suracapulco.com.mx>
- La Jornada Guerrero, 18 de diciembre de 2007, en <http://www.lajornadaquerrero.com.mx>

Otros:

- *30 ONG's y 20 académicos de seis países envían cartas a juez por caso Mini Numa sobre salud.* Boletín de prensa del Centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinollan, 5 de febrero de 2008.

- *Preocupa a Coordinación Alemana situación de derechos humanos en Guerrero.* Boletín de prensa del Centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinollan, 27 de febrero de 2008.
- Boletín de prensa titulado: *Ineficiencia de la Secretaría de Salud para invertir en clínicas y hospitales.* Fundar, Centro de Análisis e Investigación, 30 de marzo de 2009.
- Instrumentos de documentación diseñados y aplicados por miembros del Centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinollan A.C.

Anexo 1. Acciones para la defensa

Periodo	Jurídicas - administrativas	Mediáticas	Alianzas	Organizaciones / Educativas
Objetivo	<p>Explorar y agotar las herramientas jurídicas, metajurídicas y administrativas con la finalidad de que el estado garantice el ejercicio del derecho a la salud para la comunidad de Mini Numa</p>	<p>- Visibilizar la sistemática violación a los desc, particularmente del derecho a la salud, no solo como un problema local sino regional, con la finalidad de lograr una proyección a nivel estatal, nacional e internacional de un caso que ilustra una realidad más amplia y compleja.</p> <p>- Incidir en la opinión pública estatal, nacional e internacional con el fin de pronunciarse a favor del cumplimiento del derecho a la salud y generar un ambiente de exigencia frente al gobierno del estado y , en su caso, el gobierno federal.</p>	<p>- Generar una red de actores gubernamentales y no gubernamentales que por mandato o compromiso, exigieran al estado el cumplimiento del derecho a la salud de acuerdo con preceptos constitucionales e internacionales.</p> <p>- Elevar el perfil político del caso</p>	<p>- Asesorar y acompañar el proceso comunitario con el fin de fortalecer la capacidad organizativa para diseñar una estrategia de defensa que partiera de nosotros mismos, logrando la apropiación del proceso y asumir el protagonismo de su lucha.</p> <p>- Fortalecer la capacidad autogestiva y capacitando a los promotores comunitarios en salud</p>

<p>2003-2007</p>	<p>Innumerables solicitudes de servicio médico al Jefe de la Jurisdicción Sanitaria 04 región Montaña.</p> <p>En la mayoría de los casos la respuesta fue verbal, en los menos, escrita. Se negó el envío de médico en razón del tamaño y distancia de la comunidad a la cabecera municipal; no se argumentó norma alguna.</p> <p>Asimismo, desde la Ssa se difundió el rumor de que las muertes de los niños habían sido inventadas con la finalidad de obtener un médico.</p>		<p>Se pidió la intervención del presidente municipal, pero no hubo respuesta</p> <p>Maestros de la comunidad. Apoyaron en la elaboración de oficios.</p>	<p>A través de asambleas comunitarias se trataban el problema de salud en la comunidad, tomaban decisiones sobre las acciones a seguir.</p>
<p>2007</p>	<p>De junio a agosto, integrantes del área jurídica y de comunicación realizaron un número no determinado de visitas de documentación del caso. A la par, se iba construyendo la estrategia de defensa, la cual, aún cuando se buscaba diseñar desde una perspectiva integral y equilibrada, las</p>	<p>Agosto.07 Con la finalidad de difundir el caso y visibilizar la situación de pobreza, marginación y sistemática violación de derechos económicos, sociales y culturales, se editó un video con testimonios de la población de Mini Numa y Metlatónoc, imágenes de las condiciones de ambas unidades de salud y la entrevista con el médico de la cabecera municipal.</p> <p>Sept.07 En la página web de Tlachinollan www.tlachinollan.org se instaló un link con toda la información del caso, boletines de</p>	<p>Mayo: Se solicitó el apoyo de Tlachinollan</p> <p>Agosto: Se envió desde este mes y de manera trimestral información sobre el caso a Relatores, Comités y grupos de trabajo de la ONU y OEA: Relator Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos y la</p>	<p>A la par de visitas de documentación y posteriormente de articulación de la estrategia de defensa, llevó a cabo un proceso pedagógico sobre el</p>

	<p>herramientas jurídicas y administrativas constituirían la punta de lanza y en este sentido el referente en torno al cual avanzaban las otras.</p> <p>No se tiene registro del número de visitas realizadas a la comunidad con fines documentales, pedagógicos o de defensa, pero un cálculo aproximado nos arroja unas 3 o 4 veces al mes, dependiendo siempre de la coyuntura.</p> <p>El 9 de mayo, se presenta solicitud dirigida al gobernador del estado de una unidad médica con personal capacitado y cuadro básico de medicamentos. Como resultado, el 19 de julio se recibe respuesta de la Ssa, negando la petición en razón del MIDAS</p> <p>El 10 agosto 2007, se presenta recurso de inconformidad vs Ssa ante</p>	<p>prensa y el video elaborado.</p> <p>5.sept.07 Conferencia de prensa en Chilpancingo. Boletín <i>¿Cuántos más tenemos que morir para que atiendan nuestra petición?: indígenas de MN</i></p> <p>6.nov.07. Conferencia de prensa con autoridades de Mini Numa y Los Llanos, el director de Tlachinollan y la diputada presidenta de la Comisión de Derechos Humanos del Congreso del estado de Guerrero. Boletín: <i>Indígenas de Metlatónoc mueren por la falta de médicos y medicinas</i>, en el cual se expone la problemática de salud de Atzompa., Los Llanos, Yuviani y Mini Numa.</p> <p>En dicha conferencia, las autoridades comunitarias denunciaron la situación de falta de servicios y atención médica, en tanto que la diputada Rossana Mora Patiño se comprometió reunirse con el secretario de salud, Luis Barrera Ríos, para que rindiera cuentas sobre la indignante situación y ofreciera soluciones a fin de brindar atención médica todos los días y las 24 horas; se comprometió para buscar que la legislatura etiquetara recursos en materia de salud para Metlatónoc y proponer a la Comisión acudir a verificar las condiciones en que se encuentra el servicio en el municipio.</p> <p>Conferencia retomada por Diario de Guerrero,</p>	<p>Libertades Fundamentales de los Pueblos Indígenas, Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial. ONU, Comité de los Derechos del Niño, Relator Especial sobre el Derecho de toda Persona al Disfrute del más Alto Nivel de Salud Física y Mental, y a la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, oficina en México y Ginebra.</p> <p>Se envió información al abogado para México de la CIDH.</p> <p>Se hizo un cabildeo con algunos secretarios de los relatores en Ginebra.</p> <p>Octubre: Cabildeo con diputados locales de las comisiones de derechos humanos, salud y pueblos indígenas, a fin de que se pronunciaran</p>	<p>derecho a salud, derechos colectivos los pueblos indígenas marco de protección alternativa para demandas cumplimentadas</p> <p>La instancia mediante la cual se llevaban a cabo las reuniones entre integrantes de Tlachinollan la comunidad fue la Asamblea. También en esta instancia se seguía tomando las decisiones de forma colectiva respecto a nombramientos de</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>la misma Ssa, de acuerdo al procedimiento establecido en la Ley Orgánica del estado. Como se esperaba, el 16 de octubre fue desechado sin entrar a un análisis de fondo.</p> <p>El 13 agosto se interpone queja ante Coddehum vs gobernador, secretario de salud, jefe de la Jurisdicción Sanitaria y médico de Metlatónoc por violaciones al derecho a la vida, a la salud, a la no discriminación y al desarrollo.</p> <p>R. El 7 de sept. La Coddehum otorga medidas cautelares a comunidad</p> <p>Octubre, se lleva a cabo un recorrido con la Coddehum por comunidades na savis para documentar casos de violaciones al derecho a la salud. De ahí se derivan las quejas de las</p>	<p>Novedades de Acapulco, Pueblo, La jornada Guerrero y El Sur de Acapulco, el 7 de noviembre.¹⁰⁵</p> <p>7.nov.07 Nota: <i>Confirma la Coddehum pésima atención médica en clínica de Metlatónoc.</i> La Jornada Guerrero</p>	<p>e impulsaran la aprobación de un punto de acuerdo a favor de la garantía del derecho a la salud de MN. Sin embargo, ninguno contestó al llamado, ni el diputado originario de Metlatónoc, solamente Rosana Mora Patiño, presidenta de la Comisión de Derechos Humanos, quien se presentó a una conferencia de prensa junto con autoridades de comunidades na savi, pero posteriormente se desentendió de los compromisos asumidos.</p>	<p>responsab comisione distribució tareas par defensa.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

¹⁰⁵ De acuerdo al monitoreo de medios realizado por el área jurídica de Tlachinollan.

	<p>comunidades de Atzompa, Yuvi nani y los Llanos.</p> <p>9 de noviembre, se interpone amparo en contra de la Ssa y gobierno del estado ante la negativa al acceso a la salud y por inconstitucionalidad de la norma invocada para justificar dicha negativa. Como probanzas se ofrecieron inspecciones oculares, testimoniales, documental en video, fotos y documentales relativas al fallecimiento de los enfermos.</p>			
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--