



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
UNIDAD XOCHIMILCO División de Ciencias Sociales y Humanidades



## 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

*Claudia Ordóñez Víquez*

# **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**

*Claudia Ordóñez Víquez*



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**  
**UNIDAD XOCHIMILCO División de Ciencias Sociales y Humanidades**



## **UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**

*Rector general*, Salvador Vega y León  
*Secretario general*, Norberto Manjarrez Álvarez

## **UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA-XOCHIMILCO**

*Rectora de Unidad*, Patricia E. Alfaro Moctezuma  
*Secretario de Unidad*, Joaquín Jiménez Mercado

## **DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

*Director*, Carlos Alfonso Hernández Gómez  
*Secretario académico*, Alfonso León Pérez  
*Jefe de la sección de publicaciones*, Miguel Ángel Hinojosa Carranza

## **CONSEJO EDITORIAL**

Aleida Azamar Alonso / Gabriela Dutrénit Bielous  
Diego Lizarazo Arias / Graciela Y. Pérez-Gavilán Rojas  
José Alberto Sánchez Martínez

*Asesores del Consejo Editorial*: F. Luciano Concheiro Bórquez  
Verónica Gil Montes / Miguel Ángel Hinojosa Carranza

## **COMITÉ EDITORIAL DE MUNDOS RURALES**

Gisela Espinosa Damián / Blanca Olivia Acuña Rodarte / Alejandro Cerda García  
Sonia Comboni Salinas / Roberto Diego Quintana / Rosa Aurora Espinosa García  
Yolanda Massieu Trigo / Héctor Robles Berlanga

*Asistente editorial*: Varinia Cortés Rodríguez

D.R. © Universidad Autónoma Metropolitana  
Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco  
Calzada del Hueso 1100, Colonia Villa Quietud, Coyoacán, México DF. C.P. 04960  
Sección de Publicaciones de la División de Ciencias Sociales y Humanidades. Edificio A, 3er piso.  
Teléfono 54 83 70 60  
[pubcsh@correo.xoc.uam.mx](mailto:pubcsh@correo.xoc.uam.mx)  
<http://dcshpublicaciones.xoc.uam.mx>

*Diseño editorial*: Diego Alfonso Ibarra Soria

*ISBN: 978-607-28-0650-4*  
*ISBN de la colección Serie Mundos rurales: 978-607-477-595-2*

Digitalizado en México

# Índice

<b>Introducción</b>	5
<b>I. El buen vivir y la salud</b>	14
El buen vivir	14
Derecho a la salud	17
Salud y estándares internacionales de protección	19
El derecho a la salud en el sistema universal	20
El derecho a la salud en el sistema interamericano	21
Marco nacional de protección	22
Breves notas sobre la exigibilidad y justiciabilidad de los derechos sociales	24
<b>II. Contexto estatal, regional y comunitario</b>	26
La situación de los derechos económicos, sociales y culturales en Guerrero	26
El acceso a la salud	27
La región Ñuu Savi de La Montaña, Guerrero	31
Los servicios de salud en La Montaña	35
La comunidad de Mini Numa	41
La problemática de salud en Mini Numa	46
<b>III. La lucha por el acceso al derecho a la salud: el caso de Mini Numa</b>	51
Las etapas del proceso de lucha	51
Los primeros años de lucha: un recuento por los propios actores	52
La estrategia de defensa	60
Mini Numa recurre a un tribunal federal para exigir su derecho	66
La etapa de la consolidación. Una sentencia favorable	73
Logros y retos en la exigibilidad del derecho a la salud	77
Mini Numa como sujeto social	80
<b>A manera de conclusión</b>	85
<b>Bibliografía</b>	97
<b>Sobre la autora</b>	103

## Introducción

Llegué a La Montaña de Guerrero en 2004 para colaborar con el equipo del Centro de Derechos Humanos de La Montaña Tlachinollan<sup>1</sup>, organización con más de 10 años de experiencia en la defensa, promoción y difusión de los derechos humanos entre los pueblos indígenas de la región. Fue en 2007, en medio de tantos casos cotidianos con los que trabajábamos los asesores jurídicos, que se presentó la oportunidad de orientar y acompañar el 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, personas adultas y 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 las comunidades carecían de servicios básicos –no había maestro ni doctor, 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 abría y las casas se derrumbaban, y porque todas estas necesidades se hallaban sin respuesta o atención gubernamental. En éstas y otras situaciones estaba Tlachinollan para gestionar, dialogar y demandar a las autoridades su pronta intervención. Si las primeras acciones no generaban algún resultado favorable a la prevalencia de los derechos colectivos de las comunidades, entonces se promovía la denuncia pública, se hacía evidente la omisión

---

<sup>1</sup> Este centro se fundó en 1994 con el objetivo de promover y defender los derechos de la población indígena y mestiza de la región La Montaña, Guerrero. A la fecha, el trabajo se divide por áreas: jurídica, educativa, comunicación, internacional, migrantes, administración y dirección.

del gobierno o se interponían diversos recursos jurídicos. También se generaba presión social con el apoyo de una red de actores nacionales e internacionales para exigir el cumplimiento de los derechos colectivos de los pueblos.

En ciertos momentos se lograba avanzar algo en la observancia de los derechos. A veces más, a veces menos. Mucho dependía del carácter, la fortaleza, la cohesión, la organización y la determinación de los actores para enfrentar cada obstáculo que buscaba frenarlos en su lucha, pues obstáculos habían de sobra. En ocasiones, aunque la lucha se fuera ganando poco a poco, a medio proceso ya no quedaba actor que la sostuviera. Sin embargo, el actor central que encontraremos 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 había que aguantar, otras retraerse y, otras, salir con todo. Las mujeres y hombres de Mini Numa sostendrían la lucha hasta el final, pero al inicio los asesores no teníamos la certeza de su determinación, como tampoco sabíamos lo que se estaba gestando en el camino: no sólo un caso ejemplar de justicia-bilidad de un derecho social sino el fortalecimiento de un actor social.

Varios defensores y defensoras de Tlachinollan acompañamos el proceso desde 2007 y hasta 2009. En mi caso, debido a que ese año dejé la organización y también dejé de estar con la comunidad cuando ésta todavía luchaba porque 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 dicho proceso es el centro de este texto. Abarca desde 2003 –cuando la comunidad inició las gestiones para demandar la presencia de un médico y medicinas en la comunidad– hasta 2009, cuando todavía me encontraba en relación directa con el caso. También presento un apartado con información que da cuenta de la situación hasta 2011, aunque el seguimiento no fue tan cercano como en el periodo anterior.

La lucha que en 2003 emprendieron las mujeres y los hombres 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 2005 aumentaron las muertes infantiles y maternas por falta de atención médica en la zona. No obstante, la comunidad organizada decidió en su ins-

tancia 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 como en 2007 recurrieron al Centro de Derechos Humanos de La Montaña Tlachinollan, A.C., con cuyas asesoras y asesores diseñamos 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 (SS) tenía la obligación de garantizarlo mediante la prestación de un servicio 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 SS cumplió los ordenamientos del juez en Mini Numa. Hasta el 2011, lo que respecta al centro de salud en Metlatónoc seguía en vías de cumplimiento.

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, sino porque por primera vez en México se logró hacer exigible y justiciable un derecho social y colectivo como la salud, sentando 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,<sup>2</sup> y todavía más 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 ya mencionadas.

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

---

<sup>2</sup> Está en proceso de ser aprobada una reforma a la Ley de Amparo para que a través de este instrumento legal se puedan 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 novedosa, y obtuvo un resultado inédito.

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

Es relevante relevancia que la comunidad de Mini Numa se mantiene 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 favorecer prácticas preventivas de enfermedades y modificar hábitos poco saludables, a través de 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 otras acciones; 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, 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 de la paz, justicia y dignidad. Es por ello que con urgencia se necesita activar a viejos y nuevos actores sociales capaces de emprender un cambio, pero ¿cuáles son las condiciones que hacen posible ese tránsito, esa activación?

En 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 él se destacan los factores y las condiciones que reafirman la condición de sujeto social de una comunidad que, probablemente desde hace siglos, sostiene prácticas colectivas y formas de organización y cohesión que perfilan a un

sujeto social, a veces en estado latente y en otros momentos en plena actividad; pero en cualquier caso, sujeto que en medio de tensiones con otros sujetos y visiones del cambio, va transformándose a sí mismo y a su realidad.

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, el agua o el reconocimiento político del pueblo *na savi* anteceden al proceso que nos ocupa. El objetivo general de la presente investigación se circunscribe al análisis del proceso citado y de la interrelación de la lucha con su propia reconstrucción 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, así como el proceso de conformación, historicidad y elementos de identidad que se conjugan para el 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 contribuye al desarrollo comunitario; y analizar la estrategia de defensa (jurídica, política, mediática y organizativa) que permitió hacer exigibles y justiciables sus derechos económicos, culturales y sociales (DESC).

Respecto de la metodología utilizada, recurrí tanto al enfoque cualitativo como al cuantitativo. En este último, se consultaron los informes y censos realizados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el Consejo Nacional de Población (Conapo) y los de la propia SS para dar cuenta, mediante cifras, de una situación de rezago y marginación en servicios básicos, en particular en materia de salud en La Montaña, 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 y hasta el momento

de la recopilación de datos para el desarrollo de esta investigación, en 2010; a la realización de un taller, también recurrí a la investigación-acción participativa; y a la revisión de material documental, como fotografías, videos, notas y reportajes de prensa, cartas de solidaridad, entrevistas en televisión, radio y prensa, boletines, informes, al análisis del expediente del caso de Tlachinollan y al del expediente judicial. Mediante las entrevistas busqué plasmar en este texto la voz de aquellas personas que habían participado en la lucha de la comunidad, su versión de lo que significó para ellos a nivel familiar y comunitario el padecer la carencia del servicio, cómo percibieron la necesidad de un médico, cómo decidieron organizarse, cómo lo hicieron y 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 debía 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 ser un actor pasivo a un sujeto social a raíz de la lucha por la salud, cuando, 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 creía saber todo lo necesario para escribir el texto, así que traté de ser crítica conmigo misma y recuperar apertura, mi capacidad de escuchar y observar como si fuera la primera vez, pero al mismo tiempo haciendo uso de mis conocimientos anteriores para formular las pautas metodológicas de la investigación. Es difícil describir este espacio movedizo de la investigación: el tener 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 su experiencia pero tratando de reconocer los límites y fallas. Esto es difícil de lograr, pero traté de reconocer el punto de vista desde donde estaba mirando el proceso y de despojarme de esquemas y suposiciones. Además intenté ponerme en sus zapatos, mirar desde su propio mundo, actitud que permite comprender un poco más pero que obviamente es imposible de lograr de manera total. Mantenerme en mis propios zapatos también me permitió mirar desde fuera, lo cual 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 me mantuviera en mi papel de asesora. Cuando aclaré que no podría hacerlo, no estuvieron totalmente de acuerdo pero respetaron mi nueva posición.

El no poder 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, el registro de sus intervenciones, el poder 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 por el amable apoyo de una traductora de origen *na savi* que me acompañó en cada reunión, taller o entrevista.

Aunque viví en La Montaña, 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 a la comunidad por dentro. 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 la comunidad, más que ir a ella. Esto también tendría 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 a los que más tenía que acercarme eran hombres y en la comunidad no es bien visto que una mujer, aunque fuera la licenciada, los acompañe 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 La Montaña de Guerrero. Dejé también el estado y una vez que inicié mi actividad de estudiante e investigadora en la Maestría en Desarrollo Rural, visité la comunidad periódicamente.

A pesar de tantos obstáculos y retos, considero que mi estudio permite conocer una experiencia única, valiosa y posiblemente replicable, en la que un sujeto social comu-

nitario, esgrimiendo el derecho como su principal recurso para resolver un problema, logra vencer una normatividad tramposa de la SS. Quien supuestamente garantiza 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 un término 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 DESC en el estado de Guerrero, en la región de La Montaña y en la comunidad de Mini Numa. Hago 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 su constitución desde la cosmovisión e identidad *na savi* 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 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 el 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, lo cual constituye el cierre de un proceso de trabajo e investigación iniciado con Mini Numa desde hace cuatro años, por 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.

## **I. El buen vivir y la salud**

### **El buen vivir**

La lucha de Mini Numa por su derecho a la salud se inscribe en el marco de un proyecto político económico de desarrollo que desde hace casi tres décadas ha abandonado la idea de proteger los derechos sociales para dar paso a reformas privatizadoras que obligan a los usuarios a costear sus servicios de salud mientras se convierten en negocio del capital privado. Esta idea empresarial de la salud entra en conflicto con un conjunto de derechos surgidos después de la revolución que caracterizaban a un Estado social –cuando aún se pretendía garantizar derechos sociales–, y con algunos acuerdos internacionales signados por el gobierno mexicano. Finalmente, en esencia contrasta con y se contrapone a conceptos y prácticas indígenas relacionados con la salud y el bienestar, más cercanos a la idea del buen vivir que al desarrollo neoliberal. De ahí la pertinencia de hablar del buen vivir desde la cultura *na savi*, que sin ser un concepto propio de este pueblo indígena sí lo es la aspiración a obtener un mejor nivel de vida, y 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 hace más de medio siglo, el concepto y la práctica del desarrollo han estado en el centro de una disputa. Se ha acompañado de múltiples y cambiantes prefijos y apellidos: integral, humano, sostenible, social, alternativo, Otro, participativo, equitativo, democrático, etcétera, 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 para exigir o intentar resolver problemas y necesidades muy sentidas. A esto se agregan 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 siguen 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. 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 neoliberal, hace falta repensar el concepto y ver ideas y prácticas surgidas en otras matrices civilizatorias que quizá permitan no repetir sus errores. La apuesta por el equilibrio en la relación entre la sociedad y 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 de 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 las nuevas Constituciones de Bolivia y Ecuador es porque el concepto estuvo vivo pero fue omitido 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 vigente. La primera hace referencia a vivir bien, ni mejor ni peor que el de junto; vivir bien, sin desvivirse por obtener más. La segunda –buen convivir– introduce la idea de lo comunitario, de una sociedad buena para todos, en suficiente armonía (Chato, 2011).

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 deben vivir mal para 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 a 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, una carrera tecnológica y una noción de bienestar ligada al alto consumo; aunque en el primero se busque satisfacer necesidades sociales y en el segundo sólo 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 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 Souza Santos, tenemos en el continente un debate civilizatorio que no es simplemente una transición del capitalismo al socialismo, sino una discusión mucho más amplia: es un debate de diferentes cosmovisiones, distintas concepciones de desarrollo y diversas concepciones de Estado que están intentando dialogar. A este respecto Boaventura habla de dos transiciones en el continente: la del capitalismo al socialismo y la del colonialismo a la autodeterminación, a la posibilidad que se tiene de la convivencia de diferentes nacionalidades dentro del mismo Estado (Souza, 2010). 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 neo-productivistas dispuestas a limarle su arista crítica y a convertirla en una consigna a medida de los informes de buenas prácticas tan caros del Banco Mundial. En ese sentido, la lucha de Mini Numa podría aportar elementos 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, en las comunidades pequeñas de las ciudades también 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.

A manera de cierre, Acosta y Gudynas establecen que es posible alcanzar un primer punto de acuerdo: el buen vivir implica cambios radicales 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 los mismos modos 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 (Acosta, 2011:109).

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 partir de su lucha, la comunidad de Mini Numa busca la felicidad interior que produce el bienestar físico, espiritual y social; la salud como un elemento del vivir bien de la colectividad. Ciertamente su lucha se da en un contexto donde está haciendo estragos el desarrollismo, o la involución del desarrollismo; donde la legislación y normatividad sobre salud se rigen por criterios cada vez más alejados no sólo del concepto del buen vivir sino incluso del progreso y del Estado social. Criterios 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 aparece como un punto de apoyo fundamental para defender la salud y la vida de cada integrante de la comunidad y de la comunidad misma.

### **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 que 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 sistema y sus agentes tradicionales de salud –parteras, médicos tradicionales, curanderos, etcétera– sino en un sistema público que debería garantizar sus derechos.

El concepto de salud integral abarca el bienestar biológico, psicológico, social y 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, uso de su idioma y, especialmente, sus posibilidades de acceso, acorde al derecho que les asiste, a los servicios públicos de atención médica en condiciones de igualdad 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 o idioma. Es el derecho a la oportunidad de recibir atención médica en lo personal, lo familiar y lo comunitario; por tanto es deber y responsabilidad del Estado asegurar efectivamente estos derechos en las poblaciones indígenas.

En materia de salud existe un enfoque compatible con el reconocimiento de la diversidad cultural de los pueblos indígenas y los derechos en materia de salud indígena, basado en dos instrumentos fundamentales: el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo y la Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). La falta de correspondencia con 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 inscribe en el 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 distintas perspectivas, ámbitos, corrientes y actores. 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 de contenido y alcance, los derechos humanos llevan ventaja por contar con un reconocimiento normativo 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 para la defensa, garantía, respeto y promoción de los mismos; mediante instancias concretas que reconocen casos de violación a estos derechos y hasta cortes jurisdiccionales cuyas sentencias son de carácter vinculatorio. Pasemos a revisar el andamiaje normativo del derecho a la salud.

### **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 crearon una noción de salud como 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. La Constitución de la OMS supuso el primer reconocimiento 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”.<sup>3</sup>

Más allá del concepto, la interpretación del alcance y los 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 con el ejercicio de otros derechos humanos; en particular el derecho a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la dignidad humana, la vida, la no discriminación, la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, el acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación.

---

<sup>3</sup> 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.

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 de proveer las facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

Finalmente, el derecho a la salud, como uno de los DESC, reviste obligaciones generales aplicables: la no discriminación, el respeto, protección y satisfacción; la adopción de medidas inmediatas para hacer plenamente efectivo el derecho –que comprende la formulación de planes y políticas públicas y la provisión de recursos, incluidos los judiciales–, su garantía esencial o contenido mínimo, y la obligación de progresividad que implica que gradualmente se garantizará el ejercicio del derecho, con la correspondiente prohibición de regresividad o retroceso en dicho cumplimiento (Abramovich y Courtis, 2001).

### **El derecho a la salud en el sistema universal**

La Declaración Universal de los Derechos Humanos fue aprobada en 1948 establece 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, bienestar, alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y los servicios sociales necesarios; entre éstos se incluye 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), por contener uno de los artículos más exhaustivos del derecho internacional sobre la salud.<sup>4</sup> El artículo 12 establece:

1. Los Estados partes en el presente 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:

---

<sup>4</sup> 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.

3. la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
4. el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
5. la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas; la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

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.

De este modo, 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 intersecta con la noción de salud de pueblos como Mini Numa.

### **El derecho a la salud en el sistema interamericano**

En el sistema interamericano se aprobó en 1988 la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y se adoptó el Protocolo Adicional (Protocolo de San Salvador),<sup>5</sup> 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:

---

<sup>5</sup> La aplicación del Protocolo de San Salvador es reciente, pues entró en vigor a partir de noviembre de 1999.

- 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;
- la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
- la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
- la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
- 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 nacionales, estatales y municipales, de los cuales los métodos de salud de las comunidades indígenas han sido excluidos. No obstante, este marco es un referente que abre la posibilidad de exigir su cumplimiento, en particular los instrumentos de protección a los derechos de los pueblos indígenas.

### **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 el respeto, bajo los criterios establecidos por la OG 14. Ante ello, podríamos hablar de una reducción importante en el contenido y alcance del derecho a la salud en nuestro país. Sin embargo, es de resaltar que la reciente reforma constitucional en derechos humanos modifica el artículo primero, 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 sus reglamentos, en las normas oficiales mexicanas que emite la SS, en la Ley Federal del Trabajo y en la Ley General del Equilibrio Ecológico y Protección al Ambiente.

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 SS –como es el caso del Modelo Integrado para la Atención a la Salud (Midas)–<sup>6</sup> se restringe este derecho en su máxima expresión y se homologan 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, es decir, población dispersa o con un alto grado de marginación (SS, 2002). Dicha Secretaría ha pretendido establecer sus lineamientos por encima de los preceptos constitucionales, lo que pone en evidencia una importante contradicción en la prevalencia de las normas y permite, 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. Para el tema que nos convoca, destaca 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 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 constituye un proceso de construcción de ciudadanía colectiva frente al Estado.

---

<sup>6</sup> 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.

### **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 por la caridad y la discrecionalidad de la autoridad pública, en beneficios concretos que corresponden a derechos individuales de los ciudadanos. Si 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 de, al menos, algunas de las obligaciones que constituyen el objeto del derecho (Abramovich y Curtis, 2001).

De acuerdo con Abramovich y Curtis, si un Estado cumple habitualmente con satisfacer determinadas necesidades o intereses tutelados por un derecho social, ningún observador podría afirmar que los beneficiados por tal conducta gozan de ese derecho como subjetivo, hasta verificar si la población se encuentra en realidad en condiciones de demandar judicialmente la prestación del Estado ante un eventual incumplimiento. Entonces, lo que califica la existencia de un derecho social como tal no es simplemente la conducta cumplida por el Estado, sino la existencia de algún poder jurídico que actúe de parte del titular del derecho en el caso de incumplimiento de la obligación (2001).

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

Así, los derechos humanos deben ser justiciables para dejar de ser sólo una obligación moral. Es decir, para ser realmente derechos deben tener como contrapartida la figura de la obligación y la responsabilidad.

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 nor-

mas 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 titulares, demanda 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 relacionadas con ellos. Esta exigibilidad puede realizarse mediante un conjunto de acciones: denuncia, movilización, campañas, difusión, defensa legal, etcétera. 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 que marca un precedente en materia de derechos sociales.

## **II. Contexto estatal, regional y comunitario**

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

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (Conapo), en 2005 Guerrero ocupaba el primer lugar nacional con el mayor índice de marginación, contando con 37 municipios con un grado muy alto (45.67%) y 36 con grado alto (44.80%). Lo que significa que la calidad de vida de los guerrerenses es indigna para un ser humano, pues no están cubiertas sus necesidades más apremiantes.<sup>7</sup>

Esto responde al incumplimiento de los gobiernos federal y estatal de defender, promover y garantizar los derechos económicos, sociales y culturales 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 Culturales<sup>8</sup> y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, (Protocolo de San Salvador).<sup>9</sup> En este marco, las estadísticas del INEGI registran 27.18% de viviendas guerrerenses sin drenaje ni servicio sanitario, 6.33% sin

---

<sup>7</sup> Indicadores socioeconómicos del Conapo con base en el III Censo de Población y Vivienda 2005, y la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (enoe) 2005, IV Trimestre.

<sup>8</sup> El PIDESC 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* (DOF). La Convención Americana sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales fue aprobada por el Senado el 12 de diciembre de 1995, ratificada el 16 de abril de 1996 y publicada en el DOF el 1 de septiembre de 1998.

<sup>9</sup> El Protocolo fue ratificado por el Estado mexicano el 16 de abril de 1996.

servicio de energía eléctrica, 31.34% sin agua entubada y 35.69% con piso de tierra; es decir, que el 64.85% de las viviendas no cuenta con algún tipo de servicio. También registra un elevado porcentaje de viviendas con algún tipo de hacinamiento, correspondiente al 55.06% (2005).

En lo que se refiere a educación, las cifras son igualmente desalentadoras: 19.88% de la población de 15 años o más es analfabeta, mientras que 35.98% no cuenta con estudios de primaria terminados.<sup>10</sup> En la región La Montaña, el porcentaje de niños de edad escolar que no tiene acceso a la educación se eleva al 44% (INEGI, 2005). La Secretaría de Educación envía insuficientes maestros, que 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 (Tlachinollan, 2006).

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 17% de la población estatal, 46% de ellos no recibe ningún tipo de ingreso económico y casi un cuarto de los que trabajan gana menos de un salario mínimo, es decir, 50 pesos diarios. La pobreza, la desigualdad y los rezagos sociales son comunes en las zonas rurales e indígenas de Guerrero.

### **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 problemas relacionados con el parto. Según datos de la SS, en 2007 se reportaron 182,373 casos de diarrea aguda entre menores de cinco años, de estos 102 fallecieron (*La Jornada Guerrero*, 2007). El Conapo señala que entre 2006 y 2007 se registraron 265 muertes por desnutrición y otras deficiencias nutricionales, 128 por anemias y otro tanto por enfermedades infecciosas intestinales.

---

<sup>10</sup> Idem.

A nivel nacional, el número de mujeres indígenas que fallecen por muerte materna triplica a la media y es 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 2006 fue de 61.9 (Berrío, 2008). Las circunstancias bajo las cuales mueren las madres al dar a luz a sus hijos responden a los altos costos de una intervención médica, la lejanía de los servicios y las dificultades para acceder a un centro de salud, la ausencia de vías de comunicación adecuadas, un servicio de baja calidad y un trato poco sensible a las especificidades culturales y a las prácticas de salud de las mujeres indígenas.

En relación con la infraestructura en este estado, durante los años 2004-2007 se invirtió solamente el 30% del presupuesto, a pesar de que el diagnóstico del secretario de salud estatal, doctor Luis R. Barrera Ríos, apuntaba a que 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 320,000) de 19 municipios, pues es el único hospital de segundo nivel en La Montaña.

En estos tres años, sólo dos de 10 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: 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 del 29% a sólo 1% (Fundar, 2008).

Un cuadro comparativo entre la infraestructura y el 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.

<b>Hospitales y personal médico en México y en el estado de Guerrero</b>				
Hospitales	Nacional	Estatad	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 2007.

La gran mayoría de la población no es derechohabiente, sólo una quinta parte tiene seguro: 12% cuenta con el del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y 8% con el del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En cuanto al Seguro Popular, que fue diseñado para prestar servicios de salud a la población no derechohabiente, en 2008 y tras cuatro años de operar, alcanzó el 55% de su meta de afiliación en Guerrero, sobre todo en zonas de baja marginación.

<b>Población total, derechohabiente y no derechohabiente total y porcentaje en el estado de Guerrero</b>			
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, 2007).

Respecto a los indicadores sobre servicios médicos en el estado para 2006, se observan las siguientes estadísticas:

<b>Recursos, servicios, productividad y hospitalización. Estado de Guerrero</b>		
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 relación con las camas y quirófanos, siendo que estos últimos presentan una productividad muy baja al realizar dos 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 muchos ni siquiera cuentan con unidades médicas. En las regiones de La Montaña, Costa Chica y Centro se concentra 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 50 más pobres del país. Entre éstos se encuentra Cochoapa el Grande, el municipio más pobre de América Latina, cuyo rezago social es comparable con el África Subsahariana. En estas condiciones de extrema pobreza, vale la pena observar cómo y cuántos son los servicios de salud de la región.

### **La región Ñuu Savi de La Montaña, 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 otros pueblos indígenas: nahuas, chochos, *namncué ñomnda* (amuzgos), ixcatecos, *me'pha* (tlapanecos), triquis, afromexicanos y mestizos (García, 2007: 9).

En 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, Tlaxiataquilla, Tlapa de Comonfort y Xlapatláhuac. La población que migra al interior del país 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. La que migra a Estados Unidos se encuentra 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 diferentes etapas de la vida nacional dividieron a los *na savi* en jurisdicciones distintas. Sin embargo, este pueblo ha compartido una experiencia histórica común de explotación y resistencia. En La Montaña acompañaron a José María Morelos, Vicente Guerrero, 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. 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. 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 cual vive en la cotidianidad, aunque también existan factores que tienden a fracturarla o debilitarla (2007).

Los rituales y las fiestas son espacios de recreación y de renovación identitaria y funcionan como memoria histórica que actualiza los grandes eventos de la fundación y organización del cosmos (Florescano, 1995:133). Los elementos cristianos y otros, han sido adaptados a las condiciones locales para enriquecer su 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 Metlatónoc celebran el rito del baño de temazcal. 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 para que 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 a las que en tiempos de la Colonia fueron impuestas por los españoles, 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 incomprendiones” (Escalante, 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 identificación 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 (García, 2007).

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, la bebida y la música. Depositán en altares y mesas los alimentos preferidos de los difuntos y acuden al camposanto a depositar una ofrenda floral, 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 sus quehaceres cotidianos”, 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 a la mirada de los espíritus de sus 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 (1997:108).

Por su parte, el antropólogo Abel Barrera, director del Centro de Derechos Humanos de La Montaña Tlachinollan, quien ha presidido desde hace 16 años 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, *nancue* y mestizos de las regiones Costa y La Montaña de Guerrero, comparte mediante una entrevista su conocimiento sobre los *na savi* y su cosmovisión, derivada del acompañamiento a múltiples luchas de este pueblo. Barrera hace énfasis en la idea de que, en términos históricos, el pueblo mixteco en Guerrero ha tenido la capacidad de resistir a pesar de tanto atropello social e institucional, con base en 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, etcétera. 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 (Entrevista personal, febrero 2010).

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 los males que le aquejan. La de salud, bienestar, conflictos, asesinatos, están atravesados por la 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? (Barrera, entrevista personal, febrero 2010).

### Los servicios de salud en La Montaña

De acuerdo con información proporcionada en marzo de 2008 por la jurisdicción sanitaria 04,<sup>11</sup> la región La 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	} Atención primer nivel
6	hospitales básicos comunitarios	
14	brigadas móviles	
8	Caravanas de Salud	
1	Hospital General	} Atención segundo nivel
1	Hospital de la Madre y el Niño Indígena	

<sup>11</sup> Solicitud de información hecha por el Centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinolán, A.C. mediante oficio dirigido al jefe de la jurisdicción sanitaria en marzo de 2008.

Si se calcula el número de habitantes y de unidades de salud, en el supuesto de que todas se encuentren en funcionamiento –lo cual es poco probable, dado que la responsabilidad de operar las unidades auxiliares se le finca a las comunidades, mismas que en su mayoría no cuentan con medicamentos ni promotor de salud–, cada unidad debería atender 1,834 personas. En cambio, si consideramos sólo las unidades de salud que cuentan formalmente con 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 sólo se desarrollarán algunos elementos.<sup>12</sup>

Las unidades auxiliares de salud no están formalmente insertas en los servicios estatales de salud, por lo que no cuentan con personal médico ni 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 se los otorga y, por lo general, al encontrarse en una zona geográficamente accidentada y con población dispersa, tardan de cuatro a doce 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, deben contar con un médico que atienda a la población vecina. Sin embargo, pocas son las que cuentan con uno 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 negarle la atención a la gente que lo solicita.

---

<sup>12</sup> 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 SS a nivel federal durante la administración de Vicente Fox.

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 deben de contar con un radio de comunicación y una ambulancia de apoyo. En el caso de La Montaña, ninguno de los centros cuenta con la radio, mientras que sólo algunos municipios tienen ambulancia. Éstas han resultado poco funcionales debido a que el modelo no es apropiado para los caminos de terracería de la región y porque la jurisdicción no aporta ningún presupuesto para los gastos de traslado, dejándole a la población la responsabilidad de cubrirlos, a sabiendas de que no cuentan con los recursos.

Uno de estos centros de salud está localizado en la cabecera municipal de Metlatónoc, asentado en dos vagones de tren donados por la fundación Vamos México desde 2005, sin contar con los servicios básicos de agua, drenaje y luz. Hasta julio de 2008 era atendido por un médico general para el turno de la mañana de lunes a viernes, quedando desprotegida la población durante 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 la cabecera y de varias comunidades aledañas, particularmente la de Mini Numa, la unidad cuenta con cinco médicos que cubren todos los turnos, apoyados por el mismo número de enfermeras. De igual modo, desde noviembre de 2007 se está construyendo un centro de salud con servicios ampliados, el cual, de acuerdo con información proporcionada por la SS, 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 imagenología, 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, la fecha de entrega de la obra totalmente terminada era el 30 de junio de 2009.<sup>13</sup> Sin embargo, a un año de la fecha citada, el centro de salud no ha sido puesto en

---

<sup>13</sup> 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.

marcha, en tanto que desde 2009 los médicos dejaron de atender en los vagones y se instalaron en la casa vieja del DIF municipal, lugar poco apropiado debido a 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 resolutive 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 destacar que el Midas señala que, de acuerdo a las características socioculturales del lugar, se pueden incorporar servicios de medicina tradicional y complementaria.

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 refieren que es difícil encontrar a un especialista que permanezca en el lugar y que, aun 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 microregiones 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 (Secretaría de Salud Federal, 2007).

De acuerdo con información proporcionada por el jefe de la jurisdicción sanitaria 04, en la región La Montaña operan ocho unidades móviles. De éstas sólo se tiene conocimiento de la que opera en la ruta de Metlatónoc, cuya base se encuentra en la comunidad de Mini Numa y acude a prestar servicio de manera irregular cada 15 o 20 días, o en ocasiones una vez al mes o cada dos meses. En ella laboran un médico y una enfermera, y aunque a los habitantes les prometieron un odontólogo, esto no se

cumplió hasta 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 unidad no va a las comunidades pues 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),<sup>14</sup> la cual fue respondida 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 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 2007 y \$703,948.19 para 2008. Asimismo, para el año 2009 el financiamiento fue de 967 mil 905 pesos.

En dicha solicitud no se especifican los gastos particulares de una unidad de esa naturaleza, ya que las caravanas son de tres tipos, donde 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” (Secretaría de Salud Federal, 2007). 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 que 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.

---

<sup>14</sup> Solicitud con número de folio 0001200042209.

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.<sup>15</sup>

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, ortopedia y medicina interna; no cubren los tres turnos. Además, los fines de semana sólo se encuentran médicos generales. Cuenta con laboratorio y rayos X que sólo funcionan por las mañanas y de lunes a viernes. Es muy común que los propios 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 ocho a tres de la tarde, por lo que los pacientes internados y los que acuden en las tardes o noches a urgencias, se ven obligados a conseguir el medicamento por sus propios medios.<sup>16</sup>

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.

---

<sup>15</sup> Información proporcionada por una trabajadora social que labora en dicho nosocomio, quien prefirió omitir su nombre.

<sup>16</sup> 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 a Tlachinolllan 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.

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 –aun en casos de urgencia– o días para que un familiar sea dado de alta, es un lastimoso cuadro de pobreza, marginación y abandono, que aparece como introducción del propio hospital.

Este sitio 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 debe vender o sacrificar para el dinero del pasaje? ¿Y las medicinas? ¿Y la consulta? Muchos no van, no tienen cómo. Se quedan en sus casas a morir sin recibir una atención adecuada, sin ser un número registrado en las estadísticas de mortalidad. “¿Derecho a la salud? ¿Qué es eso?”, preguntan los indígenas campesinos. “Aquí sólo sabemos de trabajar la tierra para comer, porque si no comemos, nos morimos”.<sup>17</sup>

### **La comunidad de Mini Numa**

Mini Numa es una de las 72 comunidades indígenas *na savi* del municipio de Metlatónoc, que se localiza a más de dos horas a pie de la cabecera municipal. Metlatónoc ocupa el tercer lugar en el estado y sexto a nivel nacional por su alto grado de marginación, con un 61% de población analfabeta, mientras que 76% no terminó la primaria. Apenas 1% de las viviendas cuenta con agua entubada, electricidad y drenaje; y 86% tiene piso de tierra. La población total es de 17,398 habitantes, de los cuales sólo 2.5% es derechohabiente del Seguro Popular (INEGI, 2005).

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 siglo XX, dos familias provenientes de la cabecera muni-

---

<sup>17</sup> Participación de *na savi* de Los Llanos en la asamblea en la que se discutía unir fuerzas con Mini Numa para luchar por su derecho a la salud.

cipal de Metlatónoc se asentaron en el territorio que ahora se conoce como delegación municipal de Mini Numa, dado que era un lugar adecuado para el pastoreo, la ganadería y la crianza de animales de traspatio. 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 entrevistada. 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 sitio al procrear 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 apto para el cultivo de maíz, no sólo porque gran parte de su territorio es ladera sino porque la tierra es poco fértil, así que tuvieron que buscar un espacio 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, parece 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, Mini Numa fue reconocida 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– fue que durante ese año y el siguiente (1998 y 1999) se construyeron 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 cercanas en el camino que va de Metlatónoc a Valle Hermoso, casi límite con el estado de Oaxaca, pues sus viviendas se caracterizan por estar construidas de adobe y techo de lámina o teja. La distribución es más o menos dispersa, aunque al centro de la comunidad, donde se ubica la comisaría o delegación municipal, se observa una mayor concentración de viviendas que en la periferia.

Las parcelas de siembra se encuentran al otro lado del cerro que limita con la comunidad, a cinco horas a pie, por lo que en un día de jornal los *na savi* salen de sus casas a las tres de la mañana para caminar hasta las ocho e iniciar los trabajos propios del cultivo de maíz o frijol. Cerca del mediodía descansan un poco para tomar sus alimentos a base de tortillas tipo tostada, untadas con un poco de frijol seco. Pasados unos 20 minutos, retoman el trabajo hasta las tres de la tarde, para regresar a sus casas 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. Posteriormente, hay que acudir a quitar la mala hierba, distribuir el fertilizante y cuidar 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 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, se utilizan meramente para el autoconsumo familiar, de un promedio de cuatro a seis meses, dependiendo de la cosecha que se haya logrado.

Cuando pregunto cómo hacen para cubrir sus necesidades más básicas durante los seis u ocho meses restantes, los padres de familia –a cargo de cinco a siete 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 incluso Morelos. En caso de que sus hijos ya tengan edad suficiente, entre los 12 y 14 años, salen a buscar trabajo para apoyar a su familia hasta que forman la propia, que en algunos casos sucede 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. 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 modos de vida, a los cuales buscan acercarse de alguna forma.

Este buen vivir es visto de diferentes formas por los ancianos y 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 una mejora en los servicios de la comunidad, y confían en que con el paso del tiempo habrán mejores condiciones para concretar ese ideal de bienestar, del cual habrán de gozar sus hijos y sus nietos. Por su parte, los jóvenes hablan de la aspiración a vivir bien, aunque su inclinación es hacia lo material, de acuerdo con lo que han visto y vivido en ciudades como Tlapa, Chilpancingo, Acapulco y algunos estados del norte; dejando de lado el equilibrio espiritual y cosmogónico. Parece, sin pretender afirmarlo, que el ideal del buen vivir sólo 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, que cuenta con una maestra para el primer nivel y dos para el segundo, en donde los grupos de primero a tercero y de cuarto a sexto. En caso de que el alumno aspire a estudiar el nivel de secundaria, debe acudir a la cabecera municipal de Metlatónoc, lo mismo para el nivel bachillerato o medio superior.

En relación 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, nombrando con un año de anticipación a los mayordomos y al comité que habrán de hacerse cargo de la fiesta.

Lo mismo respecto al sistema de cargos para las autoridades, las cuales se nombran en asamblea comunitaria durante el mes de diciembre y tomando posesión del cargo a inicios de enero. Al ser 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 cada vez que sea necesario, gestionar recursos, apoyos, programas gubernamentales o ante otras instancias; resolver conflictos entre familias, vecinos o con otros miembros de la comunidad, entre otras responsabilidades. Entre ellos se encuentra 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 a los que éste no pueda acudir. Para ello no sólo lo avala el nombramiento comunitario sino un documento oficial expedido por el ayuntamiento de Metlatónoc, además de su credencial y sello, el cual tiene un uso muy serio y de un alto nivel de responsabilidad. Le sigue el tesorero, quien se encarga de recibir y administrar los recursos de la comunidad. También están los comandantes, primero y segundo, quienes resguardan el orden entre los habitantes.

El delegado y su cuerpo de autoridades tienen la responsabilidad de ejercer el poder comunitario y de reproducir y mantener sus instituciones, la costumbre, las fiestas; y cuidar del bienestar de los habitantes de la comunidad. En sus labores reciben el apoyo de los diversos comités nombrados por asamblea. Entre ellos, cada año se nombra al Comité de Salud, el cual se encarga de vigilar que el médico esté prestando una atención adecuada y que existan los medicamentos y el inmueble necesario para el servicio. También de manera anual se nombra al Comité de Fiestas, encargado de las celebraciones, ritos y festividades religiosas. Los demás comités se nombran en función de las necesidades que la comunidad considere prioritarias.

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

De los servicios con los que cuenta la comunidad, se debe mencionar que más del 20% de las viviendas no tienen piso de cemento, como prometió el presidente Vicente Fox, siendo un porcentaje similar el que tampoco cuenta con servicio de energía eléc-

trica a pesar de haberla solicitado desde hace más de dos años. De sus 63 viviendas, la mayoría están construidas con base en adobe y techo de teja. Respecto al abastecimiento de agua, en 1999 el presidente municipal otorgó recursos para construir el tanque, aunque el material para su distribución tuvo que ser financiado por los mismos habitantes.

En relación al número de habitantes, en 2007 la población estaba compuesta por 334 personas que se dedicaban al cultivo, principalmente de maíz y frijol, realizando esta labor entre los periodos de migración.<sup>18</sup>

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 entre las mujeres, los líderes, principales, ancianos y el delegado en funciones; Mini Numa tiene un índice mínimo de conflictividad, cuando no es nulo. Mediante entrevistas formales, informales y conversaciones, resalta el hecho de que la mayoría de los habitantes tienen alguna relación de parentesco y, si bien existen algunos desacuerdos con pocas familias, entre todos existe el respeto, la cordialidad y el compromiso de ser una misma comunidad. El delegado refirió que normalmente, tanto en el periodo de su cargo como anteriores, no hay conflictos que requieran su intervención o la de sus comandantes, y mucho menos sanción con cárcel comunitaria u otro castigo. La explicación que él da es que, a diferencia de otras comunidades, en general todos se respetan y no existe la costumbre de tomar alcohol para emborracharse, lo que evita muchos problemas.

### **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 de la comunidad de Mini Numa sino una cuestión municipal e incluso regional. A lo largo de este trabajo se aborda la problemática de salud comunitaria, respaldada con testimonios de lo que implica en la realidad inmediata 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.

---

<sup>18</sup> Información obtenida como resultado de un censo elaborado en 2007 por miembros de Tlachinollan.

Las entrevistadas son mujeres de edad madura, todas ellas con más de cinco hijos. 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 tienen memoria, en la comunidad siempre han existido parteras y rezanderos o curanderos que se encargaban de atender los males del cuerpo y del alma de los pobladores. Las parteras, además de ayudar a dar a luz, atendían problemas de salud propios de las mujeres, apoyándose en la medicina tradicional y en rezos. El curandero o rezandero curaba a hombres y mujeres cuando estaban enfermos del cuerpo o del alma –generalmente los males se deben a ambos, o uno es resultado del otro–, también apoyado en las propiedades de la herbolaria. Sin embargo, coinciden en que los conocimientos en medicina tradicional se han ido perdiendo, y actualmente abarcan sólo algunas propiedades de las plantas utilizadas para las enfermedades más comunes, aunado al uso cada vez más recurrente de la medicina alópata. 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 servicio médico en la cabecera municipal y, aunque ahora hay, no las atienden. Aunque no lo refirieron de manera explícita, dejaron ver que acudir al médico no es su primera opción, antes prefieren hacerse un té, ponerse fomentos o hacerse lavados con hierbas medicinales dentro del ritual del baño de temazcal, donde también se elevan plegarias por la salud personal, familiar y comunitaria.

Dijeron no confiar en que los servicios de salud que ofrece el gobierno sean los más adecuados, tanto por el tipo de tratamiento que brindan –basado sólo en medicamentos– como por el trato, 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 como sucios, flojos e ignorantes, sobre todo si hacen referencia a creencias sobre su enfermedad o a curaciones con hierbas. Por otro lado, cabe mencionar que también es común escuchar a los médicos decir que la gente de La Montaña se muere por su ignorancia y su apego a creencias que sólo los llevan a la tumba. De esta forma se hacen evidentes los prejuicios y la desconfianza que prevalecen por 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 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 que 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 tres de la tarde, como ya había terminado el turno del médico para entonces, tuvieron que regresar a la comunidad, llegando como a las seis de la tarde. 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. Tras lograr que conocidos en la cabecera les prestaran dinero para irse al Hospital General de Tlapa, llegaron a dicho nosocomio en donde el señor fue internado durante tres días, durante los cuales su estado de salud mejoró. La señora Nieves refiere que fue un episodio muy difícil, pues no tuvo qué comer en esos días y 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 regresar a Mini Numa, la señora Nieves cayó enferma. Dada la experiencia en Metlatónoc, se fueron directamente a Tlapa, donde fue canalizada a Chilpancingo por tratarse de una enfermedad grave que no pudo ser atendida en el Hospital General por no contar con especialistas. En Chilpancingo la operaron de la matriz por un tumor que le encontraron y por ello le cobraron 12,500 pesos, dinero que consiguió prestado y que tardó muchos años en pagar.

En el caso de la señora Nieves, este tipo de experiencias fueron decisivas para impulsar su participación activa 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. 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 sólo fuera de su municipio sino de su estado, pues Mini Numa se encuentra a cinco o seis horas de Juxtlahuaca, Oaxaca. Refieren que en el hospital que ahí se localiza reciben una mejor atención que en Tlapa, por lo que en varias ocasiones optaron por trasladarse hasta allá.

Entrevistadas por separado, coincidieron en señalar la importancia de los espacios donde 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 presenten 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 alcanzaban a ser atendidas o no había medicamento. Esto empeoraba en tiempos de lluvias o frío, pues se hacía más difícil el acceso. Por eso era importante organizarse y apoyar todos 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 cada dos meses, por el cual pasaban hambre, frío y cansancio; ya que 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 2005 sin haber sido atendidos por un médico, a pesar de haber insistido en Metlatónoc para que 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 sólo 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. Eran dos hermanos: Fidel y Ofelia Montealegre Rojas, de nueve y siete años de edad respectivamente; el segundo falleció cinco días después que el primero. Ambos fueron llevados por sus padres, David Montealegre y Marcelina Rojas, al centro de salud en Metlatónoc. Sobre el primer caso refirieron que, aun 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 atendidos en el Hospital General. En el segundo caso, acudieron en la madrugada y aunque esperaron hasta mediodía, el médico no llegó, por lo que regresaron con su hija en brazos a la comunidad a esperar un milagro. Pero sólo llegó la muerte como resultado de un rápido proceso de deshidratación.

Después de estas muertes, el año siguiente ocurrieron otras dos. Nuevamente el caso de una niña, de nombre Olivia Vázquez Cano, de seis años, con los mismos síntomas. La segunda muerte fue de Silvestra de los Santos Chávez, de 22 años, a causa de padecimientos relacionados con un parto sucedido apenas un mes antes. En esta ocasión, su esposo y sus padres llegaron con ella cargada en brazos al centro de salud en Metlatónoc, y aunque 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. 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 panorama más amplio que la mera negativa al acceso a los servicios, ya que en ella se entrelazan diversos grados de conculcación de derechos como el de vivienda, trabajo, alimentación, libre determinación, no discriminación, entre otros. Todo ello refleja 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.

### **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 Chico Zapote Cabezón-Valle Hermoso, compartía una historia de sufrimiento al no contar con servicios de salud. 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 que se ha expuesto, la comunidad *na savi* de Mini Numa decidió organizarse para exigir el cumplimiento de su derecho a la salud.

#### **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 el proceso de lucha. Un primer periodo comprende del inicio de la lucha comunitaria, en 2003, hasta el momento de pedir apoyo a Tlachinollan en mayo de 2007. El segundo corresponde desde inicio del trabajo conjunto del diseño de la estrategia hasta la sentencia de amparo en julio de 2008. El tercero y último, de la sentencia hasta 2009.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> La información que a continuación se presenta es retomada del trabajo de documentación y defensa que la autora de este texto y otros miembros del Centro de Derechos Humanos Tlachinollan realizaron en coordinación con la comunidad de Mini Numa, el cual se encuentra en el archivo del caso que guarda este centro. Parte de esta información ha sido publicada en el XIV Informe del Centro de Derechos Humanos de La Montaña Tlachinollan, A.C., “Guerrero: donde se castiga la pobreza y se criminaliza la protesta” (2009).

### **Los primeros años de lucha: un recuento por los propios actores**

Los *na savi* de Mini Numa decidieron organizarse desde 2003 para demandar a las autoridades sanitarias de Tlapa el envío de un médico y medicamentos. 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 2003 y 2007, así como algunos principales,<sup>20</sup> mujeres y ancianos de la comunidad.

Francisco Montealegre Hernández,<sup>21</sup> delegado municipal en 2003, recuerda que en ese tiempo estaba trabajando la enfermera Margarita en la comunidad próxima de Los Llanos, la cual pasaba a Mini Numa a revisar y pesar a niños y mujeres en las instalaciones de la escuela y 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 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, puesto que trasladar a pie a los enfermos hasta Metlatónoc era complicado. Situación que se agravaba en los casos en que no había los medicamentos para su tratamiento o no alcanzaban ficha para ser atendidos. Los habitantes de Mini Numa conocían las penas y esfuerzos que implicaba llevar un enfermo a costas a Metlatónoc y finalmente no ser atendido.

---

<sup>20</sup> 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.

<sup>21</sup> Lo que aquí se expone es resultado del taller participativo realizado en Mini Numa durante los días 12 y 13 de junio de 2010. 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 como delegados municipales de 2003 al 2007, respectivamente, ejerciendo el cargo por un año.

Los entrevistados comentaron que la falta de atención se reflejaba en que el médico no estaba en su lugar y horario de trabajo, o porque debían esperar toda la mañana para ser atendidos y, después de 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 otras ocasiones, cuando llegaban al centro de salud de Metlatónoc montado en dos vagones donados por la Fundación Vamos México y los ponían a hacer la limpieza del lugar. 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 durante ese tiempo también se registraron muertes de niños y de mujeres, pero que nunca supieron la razón pues no alcanzaron a ser atendidos por un médico. Partiendo de las penosas experiencias y conscientes del problema, la comunidad reunida en asamblea decidió organizarse para solicitar un médico. Se formó una comisión que iría a la ciudad de Tlapa a plantear su solicitud al doctor Aarón Nájera, 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 doctor Aarón contestó que si tenían una casa de salud, había posibilidades de que les mandaran a alguien –quizás apostando a que no podrían tenerla–, a lo que el delegado respondió que sí tenían, que en la escuela había espacio para que el médico atendiera.<sup>22</sup> Ante esta situación, el jefe de la jurisdicción les respondió que en realidad su comunidad era muy pequeña y no se justificaba un médico.

El delegado de Mini Numa regresó una tercera ocasión a solicitar un médico y, al recibir la misma respuesta, la comunidad dejó de insistir, considerando lo que el jefe de la jurisdicción les había dicho: que debían contar con un terreno para construir la casa de salud. Al no poderlo conseguir en ese entonces, decidieron posponerlo.<sup>23</sup>

<sup>22</sup> Es posible que el doctor 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 Yúvinani, 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 presionaría para cumplir su palabra.

<sup>23</sup> Don Ramiro refiere que se realizaron oficios en los que se hizo la petición formal, pero des-

Por su parte, don Marco Faustino Montealegre Hernández, quien fungiera como delegado en 2005,<sup>24</sup> relató que acudió dos veces a la jurisdicción a presentar por escrito la petición del médico, pero que el doctor Aarón no le hizo caso. Incluso, un maestro de la comunidad de nombre Antonio Vázquez Sierra, también fue a hablar con el doctor Aarón, pero la respuesta fue la misma.

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 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 doctor Nájera se dirige al delegado señalando 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, desde julio de 2005, la autoridad sanitaria regional negó oficialmente 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 ésta, 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, además de que el tiempo que se invierte en el traslado corresponde al recorrido en carro, no a pie, como suelen transportarse los *na savi*.

Don Alfonso Montealegre Hernández,<sup>25</sup> principal de la comunidad, relató que en 2005 fungía como auxiliar del comisariado de bienes comunales de Metlatónoc. En ese entonces, 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.

---

conoce 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.

<sup>24</sup> Cabe destacar que en ese año se construyó la Delegación Municipal de Mini Numa, como resultado de la gestión de sus habitantes ante el Ayuntamiento de Metlatónoc.

<sup>25</sup> En la entrevista, don Alfonso decía ser la primera 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.

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. Su pequeña hija Otilia también había enfermado, logrando ser atendida por la enfermera, pero ésta la maltrató y a causa de esto 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 se 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, pidiéndole 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 Metlatónoc y les queda lejos por lo que se le ruega a usted comprendernos 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. Alfonso respondió que no habían tenido nada que ver con ese conflicto y que no tenían por qué disculparse, como lo estaba pidiendo el doctor Aarón.

Don Alfonso regresó a su comunidad y convocó a las mujeres a una reunión en la cancha de la escuela para platicarles sobre 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 este propósito.

Pidieron al delegado que convocara a una asamblea, donde la comunidad acordó elaborar una nueva solicitud al jefe de la jurisdicción. Pocos días después recibieron respuesta a la petición elaborada por don Alfonso el 4 de noviembre, la cual consiste en

la copia de un oficio dirigido a Simón Guevara Vitervo, técnico en atención primaria a la salud (TAPS), signado por el doctor Aarón Nájera Moctezuma, jefe de la jurisdicción sanitaria 04, fecha 8 de noviembre de 2005. En ella 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. 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 ya hacían antes. Sus tareas fueron más útiles para el Programa Oportunidades, toda vez que se encargaba de pesar a los niños cada seis meses, a menos que hubiera casos de desnutrición severa, lo cual ameritaba acudir cada 15 días. También impartía pláticas bimestrales a las mujeres inscritas en dicho programa. Los habitantes refieren que de 2005 a 2007, el TAPS siguió visitando su comunidad, pero de un momento a otro dejó de ir y por eso se decidió retomar la lucha.

El delegado de 2006 fue Rufino Montealegre Hernández, quien comentó que el TAPS iba a la comunidad a dar medicamento a los enfermos, pero que no tenía un lugar apropiado para atenderlos, mientras que el doctor 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 de 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 ese momento todos se empezaron a organizar para la construcción y acordaron que cada familia debía contribuir con 24 adobes. Hablaron con un señor que manejaba

madera para que les vendiera pino para el techo de la casa, quien finalmente se las regaló y con eso pudieron montar la estructura del techo. El delegado investigó el costo de dos millares de tejas, el cual se repartió entre todas las familias y con ello terminaron de construir la casa de salud comunitaria en noviembre. Fue en ese mismo mes que Simón Guevara recibió una orden por escrito de irse a trabajar a la comunidad de Itia Zuti, por lo que ya no acudía a Mini Numa. Quedó la casa de salud sin alguien que la atendiera y los medicamentos que había llevado Simón –los que antes se encontraban en la escuela– fueron caducando.

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 había concluido, pero el doctor Aarón argumentó que no contaba 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 sin importar a dónde fueran, nadie les iba a dar al médico. Esta respuesta provocó indignación, 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 2007 fue elegido como delegado David Montealegre Hernández, coincidiendo con su esposa Marcelina Rojas, quien había sido elegida como encargada del grupo de mujeres beneficiarias del Programa Oportunidades en la comunidad. Esto, 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 doctor Aarón, 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 doctor 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 la responsabilidad y el compromiso que tenía el cargo de delegado, por lo que decidió insistir en la solicitud de médico para su comunidad. Además, de manera personal, David y Marcelina pasaron por la lamentable experiencia de perder a dos hijos, Fidel y Ofelia Montealegre Hernández, durante 2005, cuyo caso ya hemos referido.

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 elaboró un oficio propio y salió a Tlapa a buscar al doctor Aarón. Al no obtener respuesta, elaboró un segundo oficio y un tercero, cuarto y quinto, sin lograr una respuesta positiva y sin que algún técnico, enfermera o médico llegaran a la comunidad.

El doctor Aarón se negó a dar respuesta por escrito a 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. 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. Refiere que lo citaba a los 10 días de que le entregaba la solicitud para darle respuesta, pero en todos los casos le pedía otros 10 días más. En una ocasión, la secretaria del médico le dijo que esperara, 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 doctor 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 múltiples oficios y visitas, y le exigió que ya no le llevara ningún oficio ni lo fuera a ver.

David 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. David dio los nombres de sus hijos, Ofelia y Fidel Montealegre Rojas.<sup>26</sup> El doctor 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.

---

<sup>26</sup> Es importante destacar que, aunque en 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, referido así por ellos mismos durante las conversaciones informales que mantuvimos al término de la reunión-taller.

El delegado, pensando que con él no iba a lograr nada, le pidió el teléfono del secretario de salud en Chilpancingo. 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. Insistió en que no había personal para ser transferido y que se trataba de una comunidad muy pequeña y cercana a la cabecera municipal, por lo que legalmente no tenían derecho a un médico; y aunque fueran a Chilpancingo o a México, la respuesta iba a ser la misma.

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. Temía que, aunque sólo le había dado los nombres de sus hijos, el doctor, siendo una persona con estudios y poder, lo pudiera meter a la cárcel sin importar que estuviera diciendo la verdad. David pidió a las familias documentos que acreditaran la muerte de sus seres queridos, pero no todas las familias contaban con ellos, 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 vencidos: continuaron elaborando oficios –con apoyo del profesor Renato, quien impartía clases en la escuela primaria–, ahora dirigidos al secretario de salud del estado. Asimismo, este profesor le recomendó a David acudir al Centro de Derechos Humanos de La Montaña Tlachinollan –se sabía que esa organización había ayudado a la gente de la región–, diciéndole que con su ayuda podrían ganar y quitarse la amenaza de encima. Fue así que la comunidad, reunida en asamblea, fue consultada sobre la propuesta de acudir a Tlachinollan.

A finales de mayo de 2007, David acudió a Tlachinollan, fue atendido por el licenciado Rufino, quien escuchó el caso y le dijo que la organización los iba a apoyar. Lo cual, afirma, 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 2007– las tomara en cuenta y fuera a platicar con ellas sobre el sufrimiento de no tener a dónde llevar a sus hijos cuando se enfermaban. Ellas ya eran conscientes de 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.

En suma, la lucha de 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. Un aliado importante fueron los profesores bilingües que apoyaron a los delegados a elaborar las peticiones por escrito.

Es importante destacar que, en ese momento, el discurso de los habitantes de la comunidad giraba en torno a la necesidad, que fue el motor fundamental que animaba esta movilización, cimentada 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.

### **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 propio secretario de salud del estado, en el marco de una normatividad que limita la atención y que 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.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> No obstante, en determinado momento estos factores han desempeñado un papel distinto, dependiendo de la coyuntura, del lugar y contexto. Por ejemplo, el mismo doctor Aarón –en una plática informal en 2009– reconoció que hay casos en los que la normatividad es aplicada de manera discrecional cuando se encuentran en juego intereses políticos. Así, comunidades como Juanacatlán, en el municipio de Metlatónoc, contaba en ese entonces con un médico, aun sin reunir las características que establece la norma. ¿A qué puede responder este hecho? Juanacatlán ha sido 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 doctor– que el médico haya sido resultado de alguna negociación o prebenda.

En este marco, se reitera la negativa de las autoridades de la SS a atender la petición de la comunidad y se gesta una estrategia de defensa integral cuyas acciones marcan un momento clave para el proceso.

El 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 de este derecho, concebido como un derecho social que preserva la vida y contribuye al desarrollo comunitario.<sup>28</sup>

Es importante señalar que, si bien la estrategia de defensa se fue diseñando de manera coordinada con la comunidad, no se detalló cada una de las acciones desde un principio, sino que fueron surgiendo conforme avanzaba el proceso y los recursos jurídicos. Éstos constituían la punta de lanza que determina 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 acción.<sup>29</sup> 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, mientras que los objetivos de la estrategia mediática buscaban visibilizar la sistemática violación a los derechos económicos, sociales y culturales, particularmente el de salud, no sólo como un problema local sino regional. Esto con la finalidad de lograr la proyección a nivel estatal, nacional e internacional de un caso que ilustraba una realidad más amplia y compleja. También contemplaba incidir en la opinión pública estatal, nacional e internacional con el fin de que se pronunciaran a favor del cumplimiento del derecho a la salud y generar un ambiente de exigencia frente al gobierno

---

<sup>28</sup> Los alcances del derecho a la salud están desarrollados en el capítulo I.

<sup>29</sup> 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”.

estatal y, en su caso, el 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 que 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 un plan de defensa que partiera de sí mismos, logrando la apropiación del proceso y asumir el protagonismo de su lucha; así como 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 de 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, documentando oficialmente la negativa, la que constituía la prueba más importante.

El 9 de mayo de 2007 se presentó 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 SS 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. 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 humilló y ofendió a los padres de los niños fallecidos por la falta de atención médica, sino que promovió la estigmatización por parte del resto de las comunidades mixtecas hacia Mini Numa, lesionando el tejido social intercomunitario.

Más de dos meses después, el 19 de julio de 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 más 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. Incluso de los artículos segundo y cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que señalan:

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 4. El varón y la mujer son iguales ante la ley. Ésta 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.

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 Unidas<sup>30</sup> en su Observación General No. 14. 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 más en llegar, de dos a tres horas aproximadamente. El centro de salud se encuentra en mal estado 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. El limitado horario de atención médica y el hecho de que debe atender a una gran cantidad de personas, sumado a los elementos antes mencionados, demuestra que no se presta un servicio de calidad.

La respuesta del gobierno al pueblo mixteco de Mini Numa es una muestra más de cómo 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 con la Ley Orgánica del estado– el 10 de agosto de 2007, recordando que el derecho a la salud es constitucional y, sobre todo, uno de los derechos humanos más reconocidos en un gran número de instrumentos inter-

---

<sup>30</sup> 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 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.

nacionales. 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–: “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, del 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 manera continua, hasta que se resolviera a fondo el caso de violación a los DESC y, finalmente, que la SS 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, doctor 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 hace mención); 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.

Nuevamente, el secretario de salud minimizó la toma de medidas cautelares en lo que se refería al centro de salud de Metlatónoc, toda vez que prevaleció el mismo es-

quema 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 mañana y de lunes a jueves, además de que la Secretaría envió un poco de medicamento a la casa de salud.

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 SS y del gobierno del estado. Aun cuando el amparo es un recurso comúnmente utilizado para alegar violaciones a las garantías individuales en relación a los derechos civiles y políticos, desconozco si anteriormente se había interpuesto por violaciones a los DESC y cuál había sido el resultado.

### **Mini Numa recurre a un tribunal federal para exigir su derecho**

El 9 de noviembre de 2007, el delegado de Mini Numa y los integrantes 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 a este derecho 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 Mini Numa al negar el acceso al servicio médico, tales como: los oficios de solicitud girados por las autoridades de la comunidad 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; un video en el que se mostraban las condiciones en las que vive la comunidad, el estado de la casa de salud de Mini Numa y el centro de salud en Metlatónoc; testimonios de habitantes de ambas localidades y de otras tres comunidades del mismo municipio que padecían también la falta de una atención médica de calidad (Yuvinani, Los Llanos y Atzompa). Después de formular los alegatos correspondientes y de celebrar la audiencia constitucional,<sup>31</sup> el 11 de julio de 2008 el juez séptimo de distrito resolvió dicha demanda.

En lo que corresponde a la estrategia mediática durante 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 entrevistaran a las autoridades comunitarias; 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 hizo la alta comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en su visita a la región La Montaña, Guerrero. Esto logró impactar favorablemente a la opinión pública, sumándose a otras herramientas, como un video documental, ruedas de prensa y boletines elaborados por Tlachinollan.

Tuvo un impacto muy favorable la publicación de un reportaje especial en el periódico *Reforma*, elaborado por Daniel Rea el 1 y 2 de junio de 2008, un día antes de la visita de Felipe Calderón a Metlatónoc. En él se hizo evidente la situación de extrema pobreza y marginación en la que viven los *na savi* de ese municipio, particularmente en lo referente a la salud y los servicios existentes (Rea, 2008a). 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 sólo 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”.<sup>32</sup>

<sup>31</sup> Después de posponer en seis 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.

<sup>32</sup> Véase las siguientes fuentes mediáticas: “Propone Barrera a Mini Numa que espere a que se

En cuanto al manejo del tema en medios, Tlachinollan buscó ser estratégicos, 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. Estos momentos se dieron cuando el tema requería empuje, ya fuera por la situación del 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 tiempo para pronunciarse o para quedarse callados, ya que en ocasiones se consideraba oportuno dejar que los funcionarios se siguieran enredando en su juego lleno de prejuicios, descalificaciones y ninguneos hacia aquellos que se revelan para reclamar sus derechos. A pesar de estos esfuerzos, no siempre se logró ser tan estratégicos. A veces nos quedamos cortos, otras fuimos 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 lograban verse reflejados. No es el objetivo elaborar un detallado análisis, sólo cabe mencionar que el campo de lo social es así, un área en constante experimentación.

En lo referente 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 Alemana para los Derechos Humanos en México,<sup>33</sup> cuyos representantes permanecieron en Guerrero durante seis

---

construya hospital de Metlatónoc”. *El Sur*, 25 de junio de 2008; “Asignó el gobierno federal 1 mdp para atender indígenas de Mini Numa”. *Diario Pueblo*, 9 de julio 2008. 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 Mini Numa”, advierte Barrera. *La Jornada Guerrero*, 20 de julio de 2008.

<sup>33</sup> La Coordinación Alemana por los Derechos Humanos en México es una red 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 Ecuémica para la Paz y Justicia A.C., Pan para el Mundo, Pax

días en febrero de 2008 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”.<sup>34</sup> 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 destacar 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, generó un impacto importante al manifestar su preocupación por la violación a los derechos humanos, solicitando que se les informara sobre las acciones que el Estado emprendiera para resarcir o cumplimentar los derechos conculcados.

A principios de 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 México;<sup>35</sup> manifestando su confianza en que el juez analizaría minuciosamente las pruebas expuestas y dictaminaría

---

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 Indígenas de Oaxaca/México, Promovimiento Indígena en Oaxaca A.C.) y la Universidad Protestante para Trabajo Social y Diaconía en Hamburgo.

<sup>34</sup> “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.

<sup>35</sup> 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 Don Sergio Méndez Arceo en Cuernavaca, el Centro de Derechos Indígenas Flor y Canto en Oaxaca, la Organización Indignación, Promoción y Defensa de los Derechos Humanos en Yucatán; el Centro de Derechos Humanos Fray Matías de Córdoba 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 Aztahuacán 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 Dinamarca de Amnistía Internacional; entre otras.

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.<sup>36</sup>

En contraste con el apoyo que el caso encontró en actores internacionales, la causa de Mini Numa se enfrentó con la indiferencia de sus representantes populares, en concreto la de 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 a través de llamadas telefónicas, oficios, el envío 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.

Fueron relevantes las alianzas con periodistas, reporteros, corresponsales, conductores de noticieros o programas y columnistas, quienes ayudaron a proyectar el caso y colocarlo en la opinión pública. Alianzas que, si bien ya habían sido construidas por Tlachinollan antes del caso Mini Numa, se fortalecieron o se interesaron genuinamente por la situación.

También fueron importantes 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 y particularmente para los actores, pues durante este año se realizó el trabajo más arduo, permanente y 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

---

<sup>36</sup> “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.

los padres que habían 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, la falta o deficiencia de los servicios más elementales, sumado a la flagrante violación a sus derechos económicos, sociales y culturales, lo que generaba un indigno nivel de vida. Con todo esto a costas y a 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. Con esa fortaleza y determinación es 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, 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. Su necesidad adquirió otro sentido, el de ser un derecho que ellos, como comunidad, podían exigir. Para entonces, el nivel de conciencia de la población 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 tienen 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 poco conocimiento sobre su historia, su ser *na savi*, su ideología y cosmovisión, los acompañantes nos fuimos adentrando en su realidad con respeto, lo que nos permitió construir paulatinamente un puente de confianza. Mediante un intérprete, 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 torno a 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 evidente 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 conjunto para exigir la construcción de un hospital regional que tuviera un impacto colectivo. 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.

Después de insistir durante varias reuniones sobre la factibilidad y las 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 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 y 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 (del que fuimos bastante claros), esperando obtener algún resultado positivo o al menos agotar este recurso.

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

No es posible determinar con precisión el momento en el que la comunidad adquirió una conciencia expansiva como sujeto social pues fue un proceso de años, pero sí puede afirmarse que el trabajo 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 esfuerzo no contó con una metodología rigurosa, la inducción fue continua, permanente, dura y por momentos agotadora; pero siempre avanzando al ritmo de su fortaleza y determinación comunitarias, en tanto se diseñaba y se ponía en marcha la maquinaria de defensa.

Su conciencia y decisión fueron puestas a prueba un buen número de veces, pues tuvieron que viajar a la oficina de Tlachinollan en Tlapa, a Chilpancingo e incluso a la Ciudad de México, lo cual ilustra la disposición, el tiempo y los recursos invertidos en un proceso de más de cinco años. De igual modo, 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. Aun cuando no salieran de su comunidad, debieron disponer de tiempo y recursos para recibir a *los licenciados* de Tlachinollan en cada reunión, a los medios de comunicación, organizaciones nacionales e internacionales, académicos, estudiantes, agencias financiadoras, etcétera.

Por todo ello, Mini Numa constituye un ejemplo de fortaleza organizativa, de dignidad, determinación y perseverancia.

### **La etapa de la consolidación. Una sentencia favorable**

Después de haber presentado 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 SS 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 ser-

vicios 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 cuarto 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. De acuerdo con la tesis LXXVII/99 de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, éstos se encuentran jerárquicamente por encima de las leyes federales y en un segundo plano respecto a la Constitución. Los 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, y que emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población.

Vale la pena plasmar algunos razonamientos del juez para emitir la sentencia:

Por consiguiente, es evidente que se vulnera en perjuicio de los quejosos, las garantías contenidas en el artículo cuarto 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.

Las distintas acciones mediáticas, políticas, organizativas y de alianzas, permitieron obtener un resultado favorable, que fue sostenido por la fortaleza de la comunidad. Aun cuando el amparo fue una de las conclusiones más evidentes de este proceso, a lo largo se fueron registrando otros resultados considerables. Uno de ellos fue el envío del médico, medicinas e inmobiliario a la casa de salud de Mini Numa, incluso antes de la sentencia de amparo. El análisis que en aquel 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 que la red de alianzas logró construirse con actores muy diversos, sociales, civiles e intergubernamentales como la ONU.

Así, el 28 de junio de 2008, llegó el doctor 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 para atender cualquier emergencia que llegara a presentarse. Asimismo, la casa de salud fue abastecida con los medicamentos correspondientes al cuadro básico y en días posteriores a la sentencia fue dotada de mobiliario, revestidas sus paredes de cemento y el techo se cambió por uno de teja. Junto al 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 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 SS 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 mentía, e incluso se ofrecieron en dos ocasiones inspecciones para que el juez certificara el incumplimiento de la sentencia.

Aunque todo ello ha sido un logro muy importante, los *na savi* de Mini Numa aún luchaban en 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) con la cual estaría formalmente registrada en la red de servicios

estatales de salud. Aquello implicaría que el dinero destinado al pago del salario del médico y a la compra de medicamentos estaría contemplado 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, cuyo funcionamiento en la casa de salud de Mini Numa está pendiente, 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, resultó completamente inútil. 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.

Sobre la unidad médica en Metlatónoc, la SS 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 2010, entrando en funciones a mediados del mismo año. La información encontrada en la página web de la Secretaría de Salud indica que el inmueble fue inaugurado en 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 este trabajo, todavía no funciona.

Si bien se hizo evidente que las autoridades responsables cumplían parcialmente con el fallo protector, también lo fue que lo hicieron a regañadientes. En días posteriores a que el juez emitiera el fallo y hasta tres meses después, aparecieron en los medios de comunicación estatales y nacionales, 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 se 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 7,500 comunidades de menos de 500 habitantes, las cuales, como Mini Numa, carecían de servicio de salud; la segunda razón que esgrimían era la falta de presupuesto para habilitar la casa de salud y dotarla de la infraestructura.

No conformes 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 como el gobernador declaraban que era “un privilegio” el servicio que se

estaba dando a la comunidad. 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” (El Sur, 2008b).

Desde que se declaró ejecutada la sentencia y hasta marzo de 2011, se ha puesto en evidencia el cumplimiento parcial del fallo judicial por parte de la SS y el gobierno del estado, ya que de acuerdo con 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 sido cumplida en su totalidad para así enviar el caso al Tribunal Unitario de Circuito o 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.

### **Logros y retos en la exigibilidad del derecho a la salud**

Mini Numa representa una comunidad indígena monolingüe que ha tenido la posibilidad 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. Tuvo la capacidad de convertir una necesidad en un discurso relacionado con un derecho humano de carácter colectivo, y así transitar de una solicitud a una exigencia 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 Tlachinollan construyeron una red de alianzas que les permitió fortalecer su voz y presionar con mayor fuerza a las autoridades. Acudiendo ante la ONU y la Organización de Estados Americanos (OEA) 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 graves condiciones de pobreza y marginación que viven.

En La Montaña, Guerrero, son pocas las comunidades que logran trascender sus limitaciones para adquirir herramientas externas que fortalezcan sus capacidades y con las que puedan adquirir 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 región, tiene al menos, un doble papel: complejiza la generación de procesos autogestivos de los que puedan surgir luchas de reivindicación de los derechos fundamentales, mientras que funciona en sí misma como motor de organización y de lucha. De esta forma, la pobreza, discriminación y la violación de derechos sociales se encuentran ligadas de forma estrecha. Mini Numa pudo romper con un patrón de desarticulación social, principalmente comunitaria, relacionada con diversos factores, como la migración, la inmersión de partidos políticos y de sectas, entre otros.

Es 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, un médico de planta y un cuadro básico de medicamentos, además de otros servicios que generalmente son negados a las comunidades pequeñas. 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.

También, en el ámbito de la autogestión comunitaria, los promotores que fueron capacitados durante 2008 y 2009 por la organización Salud y Desarrollo Comunitario, A.C. (Sadec) actualmente prestan el servicio de atención primaria a la salud para los *na savi* de su comunidad. De la misma manera, la asamblea comunitaria nombra a los integrantes del Comité de Salud, quienes se encargan de vigilar la calidad en el servicio.

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. Representa el primer caso de justiciabilidad de este

derecho con un efecto colectivo y no individual, pues en la resolución ganada el juez ordenó la construcción de un centro de salud en Metlatónoc, funcional y bien equipado, que tendrá un impacto en aproximadamente 192 localidades que integran los municipios de Cochoapa el Grande y Metlatónoc. Casos anteriores resueltos por la Suprema Corte de Justicia han tenido un efecto garantista pero exclusivamente para la persona individual que recurre a la vía del amparo.

En un estudio realizado por Rodrigo Gutiérrez y Aline Rivera (2009), destacan tres razones por las cuales Mini Numa es un caso de litigio estratégico,<sup>37</sup> y dan cuenta de los logros en el campo de la justiciabilidad.

En primer lugar, 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 pues existen 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, se impulsa una reconsideración de los mismos como verdaderos derechos fundamentales.

Segundo, la obtención de una sentencia que protege el derecho a la salud de la comunidad se debió a un largo y complejo trabajo de organización comunitaria, vinculación con organizaciones y redes de la sociedad civil, presión política sobre las instancias estatales, así como la difusión de la problemática a través de distintos medios de comunicación.

Sólo 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. Roberto Bergalli señala:

La substitución 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 (Gutiérrez, 2009).

Finalmente, debe reconocerse el papel que tuvo el propio juez que otorgó el amparo y 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, a través

---

<sup>37</sup> Por litigio estratégico se entiende que Mini Numa forma parte del conjunto de casos en los que el proceso judicial se utiliza como un instrumento que permite a personas, grupos y comunidades acceder a determinadas necesidades y bienes tutelados por los derechos que les han sido sistemáticamente negados.

del uso alternativo del derecho y de la construcción de un "derecho alternativo".<sup>38</sup>

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 dicha carencia en la vida comunitaria, así como la situación de discriminación y pobreza en la que se encuentran.

### **Mini Numa como sujeto social**

El proceso de investigación llevado a cabo en la búsqueda de bibliografía e información mediante 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 de 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?

Las secciones anteriores de este texto 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 atención a 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 educación también generaron acciones comunes que buscaban transformar su realidad y llamar la atención de la autoridad<sup>39</sup>. En este sentido, la conformación de dicho sujeto social

---

<sup>38</sup> El derecho alternativo implica que es la propia comunidad, los usuarios 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”, como señala Antonio Wolkmer (Gutiérrez, 2009).

<sup>39</sup> Años atrás, la comunidad dio prueba de su capacidad organizativa y su tenacidad, al obtener triunfos impensables para una población pequeña y cercana a la cabecera municipal. Esto se refiere a la construcción de las escuelas preescolar y primaria y el nombramiento de maestros para cada

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 presente, la identificación y elaboración colectiva de una necesidad, de una injusticia y de un derecho, fueron claves para ir conformando una conciencia, una voluntad y un proyecto social que giró alrededor del cumplimiento del derecho (Zemelman, 1990). El problema de la salud operó como un reactivo 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 a esta lucha.

La elaboración subjetiva del problema destaca el carácter estable pero abierto y cambiante de la cultura *na savi*, pues la reiterada solicitud de un médico en la comunidad implicó reconocer que las muertes de los niños y adultos no se debían sólo a que alguien les estaba haciendo daño y que podían resolverlo curando el "mal de ojo"—muchas veces, los *na savi* relacionan la tragedia con una acción intencionada de alguien para hacerles daño mediante la brujería—, sino que también requerían de un médico para garantizar la salud comunitaria (como se narra en el capítulo II).

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”. Barrera manifiesta claramente 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 comprender lo que representa una demanda.

---

plantel, situación poco frecuente en las comunidades indígenas de La Montaña.

Y qué bueno que también sus integrantes le hicieron eco, no sólo 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” (Barrera, entrevista personal, febrero 2010).<sup>40</sup>

Lo anterior se confirma con el testimonio de David Montealegre, delegado en 2007, quien 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 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 conociera su historia y los apoyaran. Es decir, tuvo claridad sobre el papel de los medios de comunicación y las alianzas políticas. Afirmó que el respaldo que tuvo como delegado no lo habían tenido otros representantes de comunidades aledañas, siendo la cohesión comunitaria un factor clave para hacer vigente su derecho a la salud. En contraposición, David puso como ejemplo a la comunidad de Yuvinani, 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 para empujar su demanda. Al cuestionar 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, lo que generó divisiones y tuvo 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 savis*,<sup>41</sup> entendiendo que éstas no son inamovibles pero que la comunidad filtra selectivamente elementos externos –por ejemplo, la noción de derechos o 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

---

<sup>40</sup> El tema se ve con mayor amplitud en el apartado 2.2 en el que se presenta una caracterización de la región Ñuu Savi.

<sup>41</sup> Ver el desarrollo de estos aspectos en la sección II.

la fundación de la comunidad por dos familias hace poco más de 100 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. Esta vida pacífica se confirma en un dato: la cárcel está construida, pero nadie la ha pisado.

Otro factor que impactó 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. Aunque 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 que fortaleció su lucha y su determinación para conseguirlos. Cabe resaltar que la estrategia pedagógica sobre derechos humanos fue un proceso educativo que se llevó a cabo sin un esquema formal y que, al trabajar con ellos las herramientas jurídicas y metajurídicas de defensa, así como los fundamentos de las mismas –que no eran otra cosa 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. Argumentaron 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 en los pueblos indígenas, a los que se trata como ciudadanos de segunda o tercera. 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 hacerlos valer. Y es en medio de estas posibles complementariedades y tensiones entre su ciudadanía étnica y la liberal, que se va abriendo paso la posibilidad del buen vivir.

El proceso mediante el cual se construyen 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 van abandonando su propia identificación como 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 como sujetos sociales. 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 vista a las conclusiones de esta investigación, que lejos de pretender purificar y encuadrar al sujeto social, debo reconocer que éste se entrelazó con procesos y actores que trabajaban en pos de ejercer el derecho a la salud para subsanar una necesidad tan sentida por la comunidad. Tlachinollan formó parte de ese sujeto que toma conciencia, define estrategias, y participa con la comunidad de manera transitoria. Lo mismo sucedió con otros actores que estuvieron presentes y 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, en especial 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.

El presente caso da cuenta de una comunidad que ante un problema compartido retoma las prácticas colectivas, que son parte 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. Mini Numa, en el contexto de La Montaña, 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.

Entre los teóricos que abordan el estudio del sujeto social, vale la pena retomar a Hugo Zemelman y Guadalupe Valencia, quienes exponen que el sujeto es un actor en permanente construcción y el responsable de la acción política, entendida como dotar de sentido –y direccionalidad– o historizar el futuro. 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, inalienables a su identidad colectiva como comunidad indígena.

La lucha de la comunidad se dio sobre la base de la dignidad como pueblo indígena *na savi*. A diferencia de la manera en cómo el hombre se concibió desde la visión que tuvo del mundo a partir de sí mismo, Mini Numa se concibió como una entidad colectiva y, como tal, la necesidad de contar con servicio médico surgió del colectivo mismo. De esta forma, necesidad, derecho, identidad y dignidad se vieron como elementos que surgían del seno de la comunidad y no como resultado de la construcción individual o de un “poder externo”, como lo señaló Eric Wolf.

Al respecto, considero que aunque los sujetos sociales cuenten con el apoyo externo, éste no puede sustituirlos. 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 Batalla–, 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 (Bonfil, 1991). 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 mayor relevancia.

Mini Numa es una comunidad que ha tenido la capacidad de articular diversas estrategias de defensa, que podríamos dividir en internas y externas. En las internas destaca su capacidad organizativa, pues se dieron cuenta que debían 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 que tenían 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, aceptaron que no podían seguir enfrentándose solos al gobierno, sino que debían construir una red de alianzas que les permitiera fortalecer su voz y presionar con mayor fuerza a las autoridades. Consideraron que el Centro de Derechos Humanos de La Montaña Tlachinollan, además de ser su aliado, podría apoyarlos a diseñar estas estrategias de lucha y 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 graves condiciones de pobreza y marginación en que viven.

En La Montaña, son pocas las comunidades que logran trascender sus limitaciones para obtener herramientas externas que fortalezcan sus capacidades y con las que adquieran un primer nivel de conciencia, indispensable para construir una plataforma de estrategias diversas e integrales. Es la suma de todas estas capacidades internas y externas, construidas en el transcurso de su conformación y fortalecimiento como comunidad, al igual que durante los más de cinco años en coordinación con Tlachinolllan, lo que coadyuvó a que su caso obtuviera un resultado exitoso. Hoy cuentan con una clínica, 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. El resultado positivo tuvo trascendencia regional, dado que el juez ordenó la construcción de un centro de salud en Metlatónoc, funcional y bien equipado, que tendrá un impacto en aproximadamente 192 localidades que integran los dos municipios de la zona de la mixteca alta de La Montaña.

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 y llevar a cabo 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 ya antes referidos. Así, frente a estas condiciones de subsistencia, la generación de procesos comunitarios organizados puede resultar sumamente compleja, por no existir recursos económicos mínimos para organizar una lucha que sea sustentable en las actividades básicas de la gestión y porque 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 apropiado que responde 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.

Otro tema de gran relevancia para esta investigación fue 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?

El pensamiento moderno sentó las bases ideológicas para la reproducción del sistema capitalista, permeando posteriormente 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 sobrevivir (Bonfil, 1991). 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 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. Algunas de las consecuencias evidentes de la discriminación hacia los pueblos indígenas son las condiciones de marginación y exclusión en las que viven, donde Mini Numa se encuentra particularmente marcada por un contexto de pobreza extrema, ajena a cualquier tipo de participación sobre la definición del proyecto de nación, e incapaz de ejercer el poder para definir el tipo de gobierno o 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” (Ibarra, 2001). Agrega que tales procesos decisorios se presentan como complementarios del poder ejercido desde la legitimidad democrática por gobiernos y Estados, y considera a la participación como elemento esencial del desarrollo.

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 para exigir su derecho al Estado como para organizarse en la lógica de la autogestión. Es decir, con la finalidad de lograr el reconocimiento de su derecho a la salud, 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. Tampoco renunciaron a su capacidad autogestiva, a ejercer el poder en pos de un beneficio comunitario, más allá de la acción estatal.

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 y la destrucción de algunas parcelas y viviendas a raíz de la construcción –entre 2007 y 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 del presente texto, sin embargo deja ver que el hecho de que un sujeto se forje en la exigencia de ciertos derechos no significa necesariamente que vaya a hacerlo en todos los casos que se le presenten en forma de agravio, necesidad o injusticia.

Es cierto que la acción colectiva de la citada comunidad tiene su raíz en el pasado, en sus condiciones de vida y en los agravios sufridos. Coincido con Zemelman y Valencia en la importancia de conocer su proceso de constitución como sujeto social y su potencialidad de futuro, de la que han dado muestra; pero quizás sería deseable que dicho potencial fuera más allá del ámbito del agua, la educación y salud, para ver por el bienestar y desarrollo de la comunidad en su conjunto, acercándose más a la noción del buen vivir. Cabría preguntarse si esta conciencia adoptada por la comunidad como sujeto de derechos se verá reflejada en lo futuro en otros ámbitos de su vida: un desarrollo promovido y pensado por ellos mismos más que el resultado de las políticas públicas integracionistas y segregacionistas diseñadas y puestas en práctica 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 partir de su lucha, la comunidad busca 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 no solamente 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– aparece como un punto de apoyo importantísimo para defender la vida de cada integrante de la comunidad, y de la comunidad misma.

Valdría la pena preguntarse por el papel que desempeñan los derechos en la defensa de la salud comunitaria de pueblos indígenas. Habría que considerar que, con todo y su sello liberal, apropiarse de los derechos e imprimirles una perspectiva propia desde el sujeto, puede ayudar a resarcir o mejorar el agravio o la injusticia vivida por la carencia de los mismos. Cada ente, cada sujeto, debe apropiarse desde su propio modo 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, debemos decir que aunque se haya ganado el amparo, hasta la fecha no han sido cumplidos todos los extremos de la sentencia. Así, el Centro de salud de Metlatónoc hasta el día de hoy, 5 de diciembre de 2011, no está operando, a más de tres años de la emisión de la sentencia. Esta resolución judicial, si bien es un paso muy importante, no resuelve de fondo el problema de salud de Mini Numa y de Metlatónoc, ya que la integralidad del derecho incluye niveles dignos y culturalmente aceptables de derechos como a la alimentación, vivienda, trabajo, además de respeto e integración de los sistemas de salud comunitarios al sistema institucional. Lo que supone el conocimiento, respeto y sensibilidad del personal del sector salud hacia la cultura *na savi*, todo lo cual está lejos de ser una realidad.

Es justo señalar que, si bien el gobierno del estado dotó de servicio médico a la comunidad, el servicio se implementó 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 y que sueñan con resolver sus problemas de salud, señalaría que este caso no es una experiencia replicable como receta. Sin duda habrá elementos que sirvan a otros, tanto en términos de las acciones, la estrategia, los actores o las redes que acompañaron y apoyaron esta demanda, como de las argumentaciones jurídicas y el precedente sentado en materia de justicia 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. El tener claro qué quieren lograr les ayuda a vislumbrar el camino que habrán de tomar, así como los aliados de los que se habrán de allegar para alcanzar aquello que determinaron.

¿Cómo la lucha por el derecho a la salud permite que una comunidad se fortalezca como sujeto social y 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 ubicaron 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 capaces de exigir el cumplimiento de los mismos, ejerciendo una ciudadanía étnica. Todo ello lo ejercieron a través de su estructura comunitaria, innovando 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 del presente texto es 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 los derechos fundamentales a la vida y a la integridad, y es uno de los indicadores más importantes del nivel y grado de desarrollo. Aunque las políticas desarrollistas han perfilado una idea de salud y su tratamiento, éste es un elemento a partir del cual despuntan luchas que tienen como fondo la reivindicación étnica o multicultural. La salud, desde la perspectiva de los sujetos sociales, forma parte de una concepción del buen vivir que tiene repercusiones importantes en los procesos que éstos desarrollan en su lucha. 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 a las implicaciones y los alcances de lo que sucede en Mini Numa en relación con la tendencia neoliberal en México, podría apuntar que la experiencia de la comunidad 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 concretas que lograron coordinarse, de una red de apoyos, de recursos humanos y 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.

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 al proceso de *empoderamiento* de los DESC como derechos:

- El reconocimiento de la legitimidad que tenía esa población vulnerable para pedir servicios médicos en la comunidad.
- El rol del amparo con un efecto colectivo como vía de participación y control ciudadano de los asuntos públicos.
- La aplicación directa, por un tribunal nacional, de normas sobre el derecho a la salud, consagradas en tratados internacionales.
- 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. Esto fortalece la noción 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.

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 sólo en términos de ausencia de enfermedades sino de promoción 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. En el servicio de salud que se presta en las comunidades indígenas por parte de la

Secretaría, 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 y genera una polarización, distanciamiento y desconfianza entre los prestadores del servicio y los beneficiarios.

Retomando el objetivo de este texto, 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, el agua o el reconocimiento político como delegación municipal *na savi*, anteceden al proceso que nos ocupa. El objetivo general de esta investigación se circunscribió al análisis del proceso citado y de la interrelación de su lucha con su reconstrucción como sujeto social, así como de los factores internos y externos que hicieron posible su fortalecimiento como tal. Al respecto, apunto lo siguiente:

- 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. 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 y ha redundado en una fortaleza y cohesión comunitaria importantes.
- 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, con base en su arraigo a la tierra, la fortaleza del núcleo familiar y comunitario, y 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 dan sustento a la organización de cara a la sociedad: la asamblea, la lengua materna, los liderazgos comunitarios, su sistema de cargos, su organización comunitaria en torno 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 lo que les dota de 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”.

- Un camino andado en la gestión y demanda de atención a sus necesidades. Es una comunidad que ha tenido la conciencia de ubicar sus necesidades para proyectarlas como demandas e innovar en sus formas organizativas para buscar la manera de atenderlas. Han consolidado a la gestión como una práctica, a medida que demandan la atención y respuesta de parte de sus autoridades, como sujetos que reclaman el ejercicio de sus derechos.
- 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.
- Un alto grado de compromiso y corresponsabilidad, como resultado de no verse a sí mismos en lo individual sino como colectivo, lo que genera que las luchas por acercarse al ideal del buen vivir tengan un impacto colectivo.
- Legitimidad y confianza en el delegado como guía de la comunidad.
- Calidad moral y compromiso de sus autoridades, líderes y principales.
- Cohesión comunitaria.
- Demanda por la salud asumida colectivamente.
- Coraje y un alto grado de dignidad (lo que por derecho o por justicia merecen).
- Determinación, tenacidad, disciplina.
- Alto grado de participación de los miembros de la comunidad, aunque en menor grado por parte de mujeres y niños.
- Motor de participación y movilización basado tanto en experiencias negativas, traducidas en necesidad, agravios, o el percibirse víctimas de la injusticia (social); como positivas.
- 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 generaron una presión social y política favorable para que los gobiernos federal y estatal dieran acceso a los servicios de salud a la comunidad y al municipio de Metlatónoc.
- La sentencia que ordenó garantizar el acceso a los servicios médicos sentó 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 ante el Estado como para organizarse en la lógica de la autogestión.

Dado el grado de conciencia adoptado por la comunidad, 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, Víctor; y Christian Courtis (comps.) (1997). “Hacia la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales. Estándares internacionales y criterios de aplicación ante los tribunales locales”. En: Abregú, Martín; y Christian Courtis (comps.). *La aplicación de los tratados sobre derechos humanos por los tribunales locales*. Argentina: Editores del Puerto. P.p. 283-350.
- (2003). *Derechos sociales. Instrucciones de uso*. Doctrina Jurídica Contemporánea. México: Distribuciones Fontamara.
- Abramovich, Víctor; y Felipe González (2001). *Materiales para el curso sobre litigio y activismo en derechos humanos*. Washington: Washington College of Law American University.
- Acosta, Alberto; y Eduardo Gudynas (2011). “El buen vivir o la disolución de la idea del Progreso”. En: Rojas, Mariano (coord.). *La medición del progreso y del bienestar. Propuestas desde América Latina*. México: Foro Consultivo Científico y Tecnológico, AC. P.p. 103-110.
- Albertani, Claudio (1997). “Las aventuras de lo imaginario. Notas en torno al mito y la utopía en la historia de México”. En: Tarrío García, María; Sonia Comboni Salinas y Roberto Diego Quintana (coord.). *Mundialización y diversidad cultural. Territorio, identidad y poder en el medio rural mexicano*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco. P.p. 87-112.
- Berrío, Lina; y Natalia Reyes (2008). “Las mujeres indígenas y la muerte materna”. En: Cervantes Pérez, Erika (coord.). *Coalición por la salud de las mujeres. Retos legislativos*. México: Coalición por la Salud de las Mujeres. P.p. 13-14.
- Bonfil Batalla, Guillermo (1991). *Pensar nuestra cultura*. México: Editorial Alianza.
- Campos, Luis. *Exigibilidad y justiciabilidad de los DESC*. [En línea] Disponible en: [http://www.serpaj.org.uy/serpajph/desc/seminarios/desc\\_pon\\_campos.pdf](http://www.serpaj.org.uy/serpajph/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.

— (2009). “Guerrero: donde se castiga la pobreza y se criminaliza la protesta”. XIV Informe, junio. Tlapa de Comonfort, Guerrero.

Chato, Pilar (2011). “El Buen Vivir, repensar el desarrollo”. *Otramérica: De sur a norte*. 12 de abril de 2011. [En línea] Disponible en: <http://otramerica.com/temas/el-buen-vivir-repensar-el-desarrollo/40>

De la Peña, Guillermo (1995). “La ciudadanía étnica y la construcción de los indios en el México contemporáneo”. *Revista Internacional de Filosofía Política* 6: 116-140.

— (2006). “Derechos indígenas y ciudadanía étnica”. Texto preparado para el *Seminario Nacional: Agenda del Desarrollo, 2006-2020*. Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM, marzo-mayo.

De Souza Santos, Boaventura. “Hablamos del socialismo del buen vivir”. *América Latina en Movimiento* 452 (febrero 2010, año XXXIV, II época): 4-7.

Delgado, Ovidio (2001). “Geografía, Espacio y Teoría Social”. En: Montañez, Gustavo; y Fernando Viviescas (coord.). *Espacio y territorios: Razón, pasión e imaginarios*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. P.p. 39-66.

Díaz Gómez, Floriberto (2007). “Comunidad y comunalidad”. En Robles, Sofía; y Rafael Cardoso Jiménez (comps). *Escrito, Comunalidad, energía viva del pensamiento mixe*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. P.p. 25-67.

Escalante, Pablo; y Antonio Rubial (2004). “Los Pueblos, los Conventos y la Liturgia”. En: Escalante Gonzalbo, Pedro (coord.). *Mesoamérica y los ámbitos indígenas de la Nueva España*. Tomo 1. México: Fondo de Cultura Económica / El Colegio de México. P.p. 367-390.

Espinosa Damián, Gisela (2004). “La feminización de los problemas de salud en el gobierno del cambio”. *Economía Informa* 324 (marzo): 69-78.

— (2011). “Mujeres indígenas construyendo su ciudadanía. Quince notas para la reflexión”. En: Cejas, Mónica Inés; y Ana Lau Jaiven (coords.). *En la encrucijada de género y ciudadanía: Sujetos políticos, derechos, gobierno, nación y acción política*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco / Editorial Itaca.

- Florescano, Enrique (1995). “La concepción nahua del tiempo y el espacio”. En: *Memoria Mexicana*. México: Fondo de Cultura Económica. P.p. 113-143.
- Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A.C. (2008). “Infraestructura médica para la población marginada”. México.
- (2011). “Seguro Popular: afiliación y presupuesto”. México.
- García Leyva, Jaime (2007). “La gente de la lluvia”. *Revista Voces del Desarrollo* 3 (abril-junio): 9-14
- Grande Nolasco, Lisseth Eugenia (2006). “Exigibilidad o justiciabilidad de los derechos económicos sociales y culturales”. *Derecho y Cambio Social* 07 (año III). [En línea] Disponible en: <http://www.bahaidream.com/lapluma/derecho/revista007/desc.htm>
- Grupo Promotor del Informe Alternativo DESCA (2007). “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”. México.
- Gutiérrez Rivas, Rodrigo; y Aline Rivera Maldonado (2009). “El caso Mini Numa: Un litigio estratégico para la justiciabilidad de los derechos sociales y la no discriminación en México”. *Revista de la Facultad de Derecho de México* 251 (enero-junio). [En línea] Disponible en:  
<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/facdermx/cont/251/pr/pr5.pdf>
- Ibarra, Pedro (2001). “Participación política y desarrollo humano”. En: Ibarra, Pedro; y Koldo Unceta (coords.). *Ensayos sobre el desarrollo humano*. Barcelona: Icaria. P.p. 110-135.
- INEGI (2005). “II Censo de Población y Vivienda”. México. [En línea] Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2005/>
- (2007). “Indicadores de salud del estado de Guerrero”. México.
- Kymlicka, Will; y Wayne Norman (1997). “El retorno del ciudadano. Una revisión de la producción reciente en la teoría de la ciudadanía”. *Revista Ágora* 7 (invierno): 5-42.

- Laurell, Asa Cristina (2004). “La salud: de derecho social a mercancía”. En: Laurell, Asa Cristina (coord.). *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. México: Fundación Friedrich Ebert / Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco. P.p. 9-31.
- Leyva Solano, Xóchitl (2005). “Indigenismo, indianismo y "ciudadanía étnica" de cara a las redes neo-zapatistas”. En: Dávalos, Pablo (comp.). *Pueblos indígenas, estado y democracia*. Quito: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. P.p. 279-310.
- (2007). “¿Antropología de la ciudadanía?...étnica. En construcción desde América Latina”. *Limanar. Estudios sociales y humanísticos* 001 (enero-junio, año/vol. V): 35-59.
- Meléndez Navarro, David (2007). “La muerte materna en Guerrero al margen de la respuesta gubernamental. El desafío para el Seguro Popular”. En: Díaz, Daniela (coord.). *Muerte Materna y Seguro Popular*. México: Fundar, Centro de Análisis e Investigación. P.p. 65-104.
- “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”. 3 de enero de 1976. [En línea] Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- “Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales”. 16 de noviembre de 1999. [En línea] Disponible en: <http://www.pgjdf.gob.mx/temas/4-6-1/fuentes/3-B-5.pdf>
- Santos, Milton (1986). “Espacio y método. Algunas reflexiones sobre el concepto del espacio”. *Cuadernos Críticos de Geografía Humana* 65 (septiembre, Año XII).
- Secretaría de Salud Federal (2002). “Lineamientos del Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS)”. México.
- (2007). “Caravanas de la Salud, Modelo Operativo”. México.
- Wolf, Eric R. (1999). *Las Luchas campesinas del siglo XX*. México: Siglo XXI.
- Zemelman, Hugo; y Guadalupe Valencia (1990). “Los sujetos sociales, una propuesta de análisis”. *Acta Sociológica* 2 (mayo-agosto, vol. III): 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

*Diario Pueblo*. 2008. “Asignó el gobierno federal 1 mdp para atender indígenas de Mini Numa”. 9 de julio.

Giles Sánchez, Citlal (2008). “No vamos a atender caprichos’ en Mininuma, advierte Barrera”. *La Jornada Guerrero*. 20 de julio.

*El Sur*. 2008. “Propone Barrera a Mini Numa que espere a que se construya hospital de Metlatónoc”. 25 de junio.

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

Rea, Daniel (2008a). “Reclaman derecho a la salud. Emprende lucha legal comunidad indígena de Guerrero”. *Reforma*. 1 de junio. P. 10.

— (2008b). “Sienta precedente amparo por salud”. En *Reforma*. 2 de junio. P. 4.

## Otros

Centro de Derechos Humanos de La Montaña Tlachinollan (2008). “30 ONG’s y 20 académicos de seis países envían cartas a juez por caso Mini Numa sobre salud”. Boletín de prensa del 5 de febrero.

Centro de Derechos Humanos de La Montaña Tlachinollan (2008b). “Preocupa a Coor-

dinación Alemana situación de derechos humanos en Guerrero”. Boletín de prensa del 27 de febrero.

Fundar, Centro de Análisis e Investigación (2009). “Ineficiencia de la Secretaría de Salud para invertir en clínicas y hospitales”. Boletín de prensa del 30 de marzo.

Instrumentos de documentación diseñados y aplicados por miembros del Centro de Derechos Humanos de La Montaña Tlachinollan, A.C.

## **Sobre la autora**

*Claudia Ordóñez Viquez*

Es una mujer de 40 años y mamá de una niña de cinco. Estudió Ciencia Política en la Universidad Nacional Autónoma de México y la Maestría en Desarrollo Rural en la Universidad Autónoma de México, unidad Xochimilco.

Desde muy joven, Claudia se ha comprometido con la lucha por la justicia y la igualdad de todas las personas, particularmente de los sectores en situación de vulnerabilidad. De esta forma, Claudia colaboró en el Centro de Derechos Humanos Miguel Agustín Pro Juárez A.C. y en el Centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinolllan A.C., donde observó, experimentó y analizó realidades rurales que le eran ajenas y, más que eso, las incorporó a su experiencia de vida y de lucha por el respeto a la dignidad humana.