

Entre la violencia y la esperanza: promoción de la salud en la Costa-Montaña de Guerrero

*Karla Angélica Benítez Escobar**

RESUMEN

El potencial crítico de la Promoción de la Salud puede incidir en la construcción de ciudadanía en la medida que fortalece la capacidad de agencia de las poblaciones, mismas que con sus intervenciones en salud, actúan sobre la determinación social de los procesos salud-enfermedad-atención. Es el caso de una región de México, la Costa-Montaña de Guerrero, que ha estado permanentemente expuesta al abandono político que se expresa también en el ámbito del derecho a la salud. Esta región tiene un perfil epidemiológico crítico en el que prevalecen enfermedades infecciosas y crónico-degenerativas debido a las malas condiciones de vida. Estas condiciones se ven exacerbadas por un contexto donde se combina la represión política contra un territorio en resistencia que levanta un proyecto de justicia comunitaria indígena ante el abandono de la política pública. Para el caso de la salud, la resistencia se ha expresado en Promotorías para la Promoción de la Salud, cuyo proceso pedagógico constituye una experiencia creativa de construcción de organización, resistencia y pluralismo médico, sin reproducir subalternidad en los modelos de atención a la salud.

PALABRAS CLAVE: Costa-Montaña de Guerrero, organización, Promoción de la Salud

ABSTRACT

The critical potential of Health Promotion affect the construction of citizenship in so far as power agency capacity of populations, same as with health interventions, acting on the social determinants in the health-illness-care in a region of Mexico that has been exposed to much political neglect in the area of Right to Health. The Costa-Montaña region of Guerrero Mexico has a very critical epidemiological profile infectious, chronic degenerative diseases prevail but are exacerbated in the context of political repression and medical neglect for being a political territory in resistance projects Community Justice indigenous. The creativity of these Promotorias in their educational process is a very interesting experience because it has built organizational health, strength, and medical pluralism without playing subalternity care models.

KEYWORDS: Costa-Montaña de Guerrero, organization, Health Promotion

* Maestra en Medicina Social por la UAM Xochimilco: abrilazul@riseup.net

Fecha de recepción: 18 de noviembre de 2014
Fecha de aprobación: 7 de diciembre de 2014

Introducción

El potencial crítico de la Promoción de la Salud es capaz de contribuir a la construcción de ciudadanía y organización de las comunidades, en la medida en que las poblaciones asumen papeles protagónicos en la lucha por el Derecho a la Salud.

Este trabajo tiene como fin dar a conocer, en el marco de la historia política de Guerrero, los alcances y limitaciones de las prácticas ciudadanas de Promoción de la Salud en la región Costa-Montaña del estado de Guerrero, México. Estas prácticas han tenido muchos obstáculos en un contexto regional caracterizado por las políticas de abandono que históricamente el gobierno mexicano ha tenido, mismas que han provocado graves conflictos entre las instituciones políticas (de salud, justicia, educación, etc.) y los pueblos indios de la región. Frente a ello, en su búsqueda por hacer valer sus derechos, los pueblos han construido un sistema de autodeterminación¹ regional a través de la construcción de instituciones de justicia comunitaria basada en la cosmovisión tradicional y la reeducación como forma de justicia que se practica en la región desde hace más de 18 años. Se trata del proyecto de la Coordinadora Regional de Autoridades Comunitarias con su sistema de Policía Comunitaria, la UNISUR (Universidad Intercultural de los Pueblos del Sur), Kinal Antzetik, A. C. y otras experiencias autonómicas en la región que han incidido en la búsqueda y construcción de autonomía de las comunidades y también de hacer exigible su derecho a la salud.

¹ Para los fines de este trabajo, el término autodeterminación se define como el derecho inalienable de los pueblos a decidir sus formas de gobierno, construir su desarrollo socio-económico y fomentar valores de equidad, interculturalidad, intercambio y comunalidad, de acuerdo con tratados internacionales ratificados por el gobierno mexicano, como el 169 de la OIT y pactos internacionales de Derechos Humanos.

Agentes ciudadanas que realizan promoción de la salud

En ese orden de ideas se pueden describir tres experiencias de Promoción de la Salud que destacan por su acción emancipadora en la región. La primera es Kinal Antzetik, A. C., que significa tierra de mujeres en idioma tzeltal, una promotora integrada en su mayoría por mujeres indígenas mixtecas (nu savi), tlapanecas (me'epha), amuzgas (ñancué ñomdaa), nahuas y personas mestizas. La segunda es la Universidad de los Pueblos del Sur, UNISUR, con la licenciatura en Salud Comunitaria, integrada por mujeres y hombres jóvenes, también de origen indígena y por último, la Promotora de la Comisión de Salud de la Coordinadora Regional de Autoridades Comunitarias-Policía Comunitaria, CRAC-PC, integrada en su mayoría por mujeres como varones de edad mediana, también en su mayoría de origen indígena.

Estas experiencias se caracterizan por luchar a contrapelo contra las instituciones de salud, tanto del gobierno de Guerrero como del gobierno Federal, por hacer exigible el Derecho a la Salud, en el sentido de construir el tipo de atención a la salud que las comunidades necesitan, al mismo tiempo que apuntalan proyectos de ciudadanía, organización y resistencia política; incidir en políticas públicas y de este modo, con su acción colectiva en salud, permite paliar los efectos de las políticas de abandono sanitario que pese al discurso progresista institucional, siguen causando muchas pérdidas de vidas humanas en la región.

Historia de la región construyendo autodeterminación

Esta política de abandono del estado de Guerrero, no sólo se ha dado en el ámbito sanitario, sino en la impartición de justicia, en las ausencias de

reconocimiento a la educación intercultural, el respeto a los derechos humanos y en general de exclusión de la vida política del país (Canabal, 2009; Flores, 2007; Gutiérrez, 2009; Hernández, 2009; Sarmiento, 2009; Tlachinollan, 2012). Esta violencia estatal ha marcado las relaciones de interlocución entre el gobierno mexicano y los agentes comunitarios, provocando fuertes tensiones que han servido como detonadores de unificación de las comunidades como elementos de construcción de espacios de resistencia política. Existen varios antecedentes históricos en la región que son importantes para entender el proceso organizativo que quedó como sedimento para erigir estas acciones colectivas en salud que han reivindicado el Derecho a la Salud en el territorio que integra la Costa-Montaña de Guerrero.

Desde antes de la llegada de los españoles, este territorio fue poblando con la tribu Yope que ya tenía un proceso de lucha por el territorio contra los mexicas, comenzando con la resistencia indígena, por lo que tuvieron que migrar hacia la Montaña a resistir estas invasiones; es por esa razón que desde la época prehispánica el Río Balsas fue un semillero de migrantes. Este hecho le imprime un carácter combativo a la región, misma que en diversas etapas de la historia da testimonio de lucha por la defensa de su territorio; durante la Revolución Mexicana, muchos luchadores zapatistas se asientan en la región influyendo con su ideología a las comunidades indígenas, hecho que se verá reflejado posteriormente en los procesos de organización campesina que permearon la montaña, en la época cardenista, con la ideología socialista vuelve a encender esa llama libertadora en las comunidades que hace que en la década de los años sesenta se *incendie* la montaña a través de organizaciones campesinas que buscaban reivindicar su derecho a la tierra. Este auge es tan impresionante que hace que a esta región se le conozca como “*La Montaña*

Roja” en alusión a la bandera de color rojo del Partido Comunista de México (PCM), símbolo de organización popular que unificaba los ideales de maestros rurales y campesinos que buscaban cambiar sus condiciones de opresión. Un referente fundamental de esta gesta es el profesor Genaro Vásquez Rojas y sus colaboradores, miembros de la Asociación Cívica Nacional Revolucionaria, originarios de San Luis Acatlán, quienes lograron aglutinar a los campesinos denunciando la explotación. Del mismo modo, en el municipio de Alcozauca, se tuvo la influencia del líder magisterial Othón Salazar, líder del Movimiento Revolucionario del Magisterio, quien fue capaz de organizar a los maestros de la región y así detonar procesos políticos de resistencia ante el cacicazgo magisterial, logrando una organización tan relevante que provocó que fuera uno de los primeros municipios en México en contar con un gobierno de izquierda en el país (Flores, 2007), que influyó más tarde en las comunidades de Metlatónoc y Malinaltepec (Sarmiento, 2009). Genaro Vásquez y Othón Salazar son personajes que influyeron de manera importante en la región, vinculándose con movimientos gremiales en resistencia, entre ellos, el Movimiento Médico y los teólogos de la liberación, convergiendo sus intereses en el auge organizativo de un movimiento revolucionario que tuvo alcances sin precedentes en la historia de Guerrero, que impactó en la construcción de condiciones más democráticas para el estado. Sin embargo, fue brutalmente reprimido con movimientos contra-insurgentes en la década de los años setentas, y la brutalidad de las acciones desarticuló la organización política², pero que se

² En la región Centro y Costa-Grande, hubo poblados enteros que fueron masacrados por apoyar a la guerrilla; de donde era oriundo Lucio Cabañas, durante la Guerra sucia (Bartra, 1996). Estas prácticas se repitieron en la Costa Chica y la Montaña, prácticas como la desaparición forzada, la tortura selectiva y la prisión política han sido elementos de Terrorismo de Estado que se sigue aplicando a la población particularmente en este estado.

mantuvo latente como detonador de otras formas de resistencia en la región.

Con el tiempo, esta represión fue motor de reorganización de las bases del proyecto organizativo de lo que después formaría la Coordinadora Regional de Autoridades Regionales, CRAC-PC. Cabe destacar que Guerrero fue el primer estado del país que vence en la contienda electoral al Partido Revolucionario Institucional y se caracteriza por ser pionero en tener gobernadores de izquierda. A principios de los años ochenta, los partidos de izquierda en Guerrero tienen una labor en la interlocución con el Estado y las grandes centrales campesinas (Hernández, 2009).

A mediados de los años ochenta, otros actores modernos que son fundamentales para la construcción del movimiento guerrerense son el Consejo Guerrerense 500 Años de Resistencia Negra, Indígena y Popular, el Consejo de Pueblos Nahuas del Alto Balsas (CPNAB) y el Consejo Regional de la Montaña que son paradigmáticos en la reivindicación del movimiento indígena de la región, que con las especificidades de organización y de lucha define la identidad de la población en el imaginario colectivo; el CAIN (antecedente de la CRAC-PC), la Cooperativa Luz de La Montaña, Unión Regional Campesina, Triple S de Café y Maíz y el Consejo de Abasto Comunitario son instancias organizadas que le dan vida y movimiento a la Costa-Montaña en la búsqueda por paliar estas políticas de abandono que se vivían desde entonces en la región.

De estas organizaciones de corte indígena, surge a principios de los años noventa la ANIPA, (Asociación Nacional Indígena Plural por la Autonomía), de ella se deriva la (CONAMI) Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas, que con el paso del tiempo abre camino para la creación de la

Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas, quienes son la punta de lanza en este proceso organizativo plural que en la actualidad reviste la organización popular de la región.

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

Estos proceso histórico de organización, en la perspectiva de algunos autores, ha decantado un proceso regional de comunalidad (Maldonado, 2001; Díaz y Robles, 2007), según el cual, la organización ha otorgado un arraigo sanador en un territorio que ha vivido mucha violencia, pero que ha sido paliativo ante los embates políticos del Estado Mexicano.

Políticas, servicios y condiciones de salud en Guerrero

Para entender las causas a las que respondió el surgimiento de las Promotorías de Salud en Guerrero, es importante detenerse en las condiciones a las que se han tenido que enfrentar los pueblos indios³ de la región, orientándose a acciones que transformaran las condiciones de vida y atención, en tanto determinantes sociales de la salud existente. En primer lugar, para hablar de las políticas

³ Para esta investigación retomaré el concepto de *pueblos indios* como un elemento reivindicativo de autodeterminación y de identidad indígena. Estas colectividades humanas que se autoadscriben a determinada adscripción étnica, comparten rasgos socio-políticos, cultura, tradición, forma de gobierno, sentido vital, también comparten un territorio geográfico, al tiempo que forman comunalidad como una forma de resistencia política ante políticas excluyentes.

en salud existentes en esta área, me baso en lo que Breilh (2002) define como “*epidemiología de los mínimos*”, es decir, la aplicación de medidas estratégicas de máxima resistencia gobernable de una población ante la pobreza y las privaciones, reduciendo al máximo el gasto social en salud, o como él mismo lo explica (1998: 211), “*una doctrina de los mínimos de supervivencia para los pobres*”. Estos mínimos se ven reflejados en una infraestructura sanitaria con indignantes rezagos (cfr. Amaro, 2010; Badillo, 2009; Berrio, 2013; Camacho, 2013 y Leal, 2013) que prevalecen pese a los compromisos del gobierno mexicano ante la opinión pública internacional a través de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Algunos indicadores sociodemográficos grafican el rezago de esta población y su realidad y su relación con las condiciones de salud. Así, el 76% es analfabeta, excluida prácticamente de la economía formal, que vive en condiciones de hacinamiento e insalubridad porque el 94% de las viviendas carecen de drenaje sanitario, 60% no cuenta con energía eléctrica ni agua entubada y 95% tienen piso de tierra (CONAPO, 2008).

Estas condiciones se expresan directamente en la salud de la población. A continuación se describen las causas de morbilidad más importantes documentadas por las Jurisdicciones Sanitarias 04 Montaña y 06 Costa Chica para 2005, según Tascón y Solís (2005).

Jurisdicción Sanitaria 04, Montaña, 2005

1. Infecciones respiratorias agudas
2. Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas
3. Amibiasis intestinal
4. Intoxicación por picadura de alacrán
5. Infecciones de vías urinarias

6. Úlceras, gastritis y duodenitis
7. Ascariasis
8. Otitis media aguda
9. Peatón lesionado en accidente de transporte
10. Varicela

Fuente: Secretaría de Salud del Estado de Guerrero, 2005.

Jurisdicción Sanitaria 06, Costa Chica, 2005

1. Infecciones respiratorias agudas
2. Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas
3. Amibiasis intestinal
4. Infecciones de vías urinarias
5. Úlceras, gastritis y duodenitis
6. Ascariasis
7. Otitis media aguda
8. Intoxicación por picadura de alacrán
9. Gingivitis y enfermedad periodontal
10. Desnutrición leve

Fuente: Secretaría de Salud del Estado de Guerrero, 2005.

Como se observa, el patrón mórbido regional se caracteriza por enfermedades infecciosas que tienen que ver con la ausencia de condiciones de vida e infraestructura sanitaria básica en la región; pero también se observan problemas relacionados con las enfermedades crónicas y con el crecimiento de la sociedad de consumo y del despojo, caracterizada también por procesos de migración, adicciones, exposición a tóxicos y violencia.

La red de servicios en la región mantiene un abandono histórico, y además es insuficiente para resolver los problemas de salud; por el contrario, intensifica los efectos de las enfermedades en la población con problemas no sólo de carencia sino de trato. Es decir, la red de servicios está lejos de paliar la morbi-mortalidad y su efecto es

limitado por sus carencias crónicas como se puede observar en este recuento de su infraestructura y condiciones.

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

La mayoría de estas instituciones pertenecen a la Secretaría de Salud Federal. Se cuenta con 0.5 camas censables por cada mil habitantes, 7.0 consultorios por cada 10,000 habitantes en la entidad. (INEGI, 2011) y en relación a los recursos humanos para el sector público existen 0.6 médicos generales y 1.9 enfermeras por cada mil habitantes; cada médico debe dar 12.7 consultas hora/día hábil (INEGI, 2011).

En apariencia, la infraestructura del estado sería suficiente para cubrir las necesidades de la población sin ningún problema, como se observa en el siguiente cuadro donde se relacionan los municipios que integran las jurisdicciones sanitarias vinculadas con esta investigación y las unidades médicas con las que cuentan. La realidad sanitaria de esta zona es muy deficiente, como se describirá a continuación.

Para analizar a profundidad las carencias de la infraestructura de salud regional se detallan dos diferencias radicales que enfatizan el divorcio existente entre la accesibilidad real al Sistema de Protección Social en Salud que es el financiamiento para el sistema público y el número de afiliados en la región (Laurell 2011, Berrio 2013, Leal 2013). Para este análisis, se retoma la cifra final que reportó el INEGI para el año 2012 de 1, 398, 952 de personas afiliadas en todo el estado, mientras que el número total de usuarios que registraron las instituciones en el año 2012, fue de 2, 990,

Cuadro 1: Unidades de salud por región

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

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

Cuadro 2: Municipios divididos por Jurisdicción sanitaria

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

* Las siglas U. M. se refieren a unidades médicas en ese municipio. Esta cantidad de unidades médicas según el Censo 2011 del INEGI.**

025 (INEGI, 2011; Sistema de Protección Social Seguro Popular, 2012). Este divorcio de las cifras se produce por la ambigüedad conceptual que ha implicado este esquema de financiamiento a la salud, que no puntualiza que derecho-habiencia, disocia cobertura, acceso y utilización. La cobertura poblacional implica el número de personas afiliadas; esta cantidad reporta el presupuesto que le destina la federación al rubro de salud a cada estado, a diferencia de la cobertura médica, que es el acceso real a los servicio de salud, al

que acceden previo filtro administrativo todas las personas que estén afiliadas.

La segunda cuestión es que otro obstáculo para acceder a estos servicios es el de las reglas de afiliación. Cabe destacar que en Guerrero la mayoría de las personas no cuenta con los documentos necesarios para acceder realmente a estos servicios de salud, como lo denuncia Tiburcio (2009), donde *“la mayoría de las personas en la Montaña no cuentan con CURP, (Clave Unica de Registro de*

Población), Credencial de elector o en la mayoría de los casos ni siquiera están registrados”, lo cual les impide afiliarse al Seguro Popular.

La atención a la comunidad que se otorga en el rubro hospitalario de la región es de pésima calidad, lo cual genera frecuentemente conflictos. La razón de esta atención se puede atribuir, entre otros factores políticos, a la falta de personal, personal idóneo, y a los bajos salarios del personal médico, la sobre-saturación de los servicios y las pésimas condiciones laborales donde sólo el 40% tiene prestaciones sociales. Evidentemente, este personal vive con mucha presión institucional que se refleja en el maltrato hacia la población, destinataria final de esta cadena de violencia institucional.

El Seguro Popular lejos de paliar las secuelas históricas del perfil epidemiológico descrito, ha causado mayor violencia en las intervenciones en salud y en muchos casos, es el responsable directo de muchas muertes maternas en la región por las severas contradicciones administrativas, la negligencia médica y las iatrogenias provocadas por la mala atención en las regiones donde hay más comunidades indígenas, como lo afirma Daniela Díaz (2010). Con estas ausencias reales en salud, como lo documentan la organización Raíz Zubia (Briseño, 2011) donde los hospitales como los de Ometepec y San Luis Acatlán están sin terminar o sin insumos médicos⁴, la mayoría de las veces las usuarias se tienen que ir sin recibir atención y cuando la consiguen, es de mala calidad por la gran demanda y saturación de los servicios médicos.

⁴ Usuaris y parteras de la CAMI (Casa de la Mujer Indígena de San Luis Acatán), testimonian que a falta de gasas y de vendas en el hospital de San Luis, han tenido que usar ropa vieja que han lavado para usarlas como insumos.

Esta situación es mucho más difícil para la región Costa-Montaña, como en el caso del hospital de Tlapa de Comonfort (que a la gente de las comunidades de la montaña les queda en promedio a 3.5 horas de distancia en caminos muy accidentados que no cuentan con pavimentación) el cual debe dar atención en promedio a 300,500 usuarios de 17 municipios. El hospital está diseñado para vivir una precariedad crónica, como lo denuncia Amaro (2010:7), refiriéndose a la escasez de personal en dicho nosocomio: “*una sola ginecóloga debía atender a 17,554 mujeres en edad fértil de los distintas comunidades indígenas*”, que denota falta de contratación de personal médico y dificultades por la complejidad de trámites institucionales que implica (cfr. Meléndez, 2002). Estas informaciones la constatan algunas organizaciones de mujeres tras vivir una serie de abusos a las usuarias y de dar seguimiento a casos de violencia obstétrica en los hospitales de Tlapa y Ometepec (Camacho, 2013).

Aunado a esto, la política sanitaria en Guerrero ha tenido algunos tintes etnofágicos⁵ (Díaz-Polanco (2005) y también ha servido como instrumento de impartición selectiva de acciones represivas a poblaciones indígenas organizadas, como en los casos de la población El Camalote, en Ayutla de los Libres y Guerrero, donde según la Comisión Nacional de Derechos Humanos, el personal de la Jurisdicción Sanitaria 06 Montaña a través de la enfermera Mayra Ramos y el médico Ernesto Guzmán, habrían esterilizado bajo coherción a 17 hombres mixteco bajo amenazas de retirarles los apoyos de programas sociales (Informe CNDH/041/99). Otras recomendaciones las documenta Amnistía Internacional que indican que las

⁵ Para el autor, el término etnofagia describe una tendencia de la cultura neoliberal a devorar minorías étnicas, no sólo en lo simbólico, sino en el exterminio real de éstas en el imaginario colectivo, para homogenizar la cultura y diluir la identidad comunal que aporta resistencia política en territorios autodeterminados.

instancias de salud han sido cómplices al encubrir abusos castrenses, como en su informe *Mujeres e Injusticia Militar* (2004) donde se abordan los casos de Inés Fernández Ortega y Valentina Rosendo Cantú⁶, quienes fueron torturadas sexualmente por elementos del Ejército Mexicano en el año 2002. Estas mujeres cuando acudieron a las instituciones de salud a denunciar, recibieron maltrato, discriminación, omisión e impunidad. Tras su denuncia, el personal de salud no les proporcionó ayuda aplicando los protocolos correspondientes ante estos casos, tales como el Protocolo de profilaxis ante enfermedades sexuales y anticoncepción de emergencia, el Protocolo de Estambul para

⁶ Estos casos son paradigmáticos en Guerrero, porque la Organización del Pueblo Indígena Me'epha (OPIM) llevó a la Corte Interamericana de Derechos Humanos esta denuncia, logrando acciones de reparación del daño por parte del gobierno, logrando actos de desagravio público a estas mujeres. Aunque a la fecha no se ha castigado a los responsables de estos actos, ha impactado mucho en la exigibilidad de Derechos de estas comunidades.

víctimas de tortura. Por el contrario, extraviaron todas las pruebas.

Acciones ciudadanas que organizan la resistencia en salud

Uno de los detonadores de acciones colectivas en salud más significativos ha sido la pobreza y la desigualdad económica que provoca muchas muertes maternas en la región.⁷ También lo han sido las prácticas excluyentes hacia las mujeres en el ámbito de las políticas públicas y la ausencia de autocuidado comunitario, entendido como desdén hacia los efectos en la salud de las mujeres provocadas por el abandono sanitario de la región.

⁷ El Observatorio Nacional contra la muerte materna documentó el índice más elevado a nivel nacional en Guerrero, particularmente en la región Costa- Montaña.

Mapa 1: Derechohabientes en las Jurisdicciones Costa-Chica y Montaña



Fuente: elaboración propia con base en el diseño colaborativo del Mat. Jesús Nieto.

Si bien en la región se practican algunas acciones de Promoción de la Salud por parte de las instituciones federales, estas se caracterizaban por no tener un enfoque intercultural excluyente con la población indígena. Es decir, a pesar de que el marco normativo de la Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud lo consideraba en su discurso (DGPLADES-SS; 2010), las acciones se quedaban en un plano cosmético en la medida en que no incidían realmente en sanar a la población indígena, en brindarles facilidades para acceder realmente a la atención en salud o garantizar sus derechos y trato. Por ejemplo, aunque se decretó que en los hospitales existieran letreros en mixteco o tlapaneco, el personal de salud seguía teniendo una profunda actitud de racismo y discriminación hacia las mujeres indígenas. Acciones como el maltrato obstétrico ha sido una denuncia recurrente por parte de las organizaciones de mujeres, contra el que han emprendido acciones de abogacía y cabildeo, para interpelar al Estado y a sus funcionarios respecto a estas actividades de la política de salud.

Ante este panorama, las Promotorías de Salud deciden realizar acciones desde una perspectiva emancipadora, retomando y reinterpretando las acciones propuestas en la Carta de Ottawa. En el caso de Kinal Antzetik, A. C., estas acciones son más incluyentes porque retoman la perspectiva de género en la exigibilidad del Derecho a la Salud, puesto que han visibilizado este abandono peculiar del Estado mexicano hacia la salud reproductiva, que ha ignorado las elevadas cifras de muertes maternas a nivel nacional, demostrando falta de interés hacia las mujeres indígenas. En 2005 Kinal Antzetik, A. C. convoca a un *Foro Nacional sobre Prevención de Muertes Maternas en México: ¿y las Mujeres Indígenas?*. A este evento se convoca a funcionarios del estado de Guerrero, organizaciones de la sociedad civil y autoridades en salud.

Aunque este evento en el momento tuvo poco impacto y contó con la apatía gubernamental⁸, sirvió como detonador para posicionar liderazgo, organización, denuncia y cabildeo entre las organizaciones de la sociedad civil, quienes se transformaron en voceras de esta problemática a nivel nacional.

La Universidad de los Pueblos del Sur, UNISUR, también ha cumplido con esta función de dar voz a la problemática en salud que se vive en el estado, documentando diversos casos de muertes infantiles en la región de Mini-Numa, Metlatónoc, que es una comunidad que, como muchas en la Montaña de Guerrero, carecía de una clínica digna. En esa comunidad se hizo una denuncia penal al Estado Mexicano exigiendo el Derecho a la Salud. Mini-Numa, antes de esta acción colectiva en salud, había registrado por parte de la población al menos 14 casos de muertes infantiles que pudieron ser evitables⁹, casos que fueron denunciados ante las organizaciones de Derechos Humanos locales, quienes dieron acompañamiento hasta lograr una resolución jurídica por parte del Estado Mexicano. Del mismo modo ha detonado acciones para que desde su enfoque educativo intercultural se preserve el conocimiento tradicional entre las generaciones jóvenes. La UNISUR, a través de su modelo pedagógico, busca formar intelectuales indígenas que detonen procesos de desarrollo regional desde la mirada de Derechos Humanos y justicia comunitaria (UNISUR, 2006), retomando en enfoque crítico de-colonial que reivindica el conocimiento ancestral de la región, asumiendo

⁸ La Jornada del viernes 27 de mayo de 2005, a través del corresponsal Misael Habana, documenta como Rodrigo Barrera, secretario de Salud de ese estado en aquel momento desairó la invitación mostrando poco interés hacia esta grave problemática. <http://www.jornada.unam.mx/2005/05/27/index.php?section=estados&article=041n1est> consultada el 6 de enero de 2015.

⁹ Desinformémonos.org/2012/06/en-mini-numa-guerrero-donde-la-extrema-pobreza-lleva-a-la-muerte/

el valor ritual y organizativo en la salud de los pueblos.

La Comisión de Salud de la CRAC-PC, a partir de sus talleres, ha buscado concientizar a la población sobre medidas de higiene, organización, herbolaria, patería, y autocuidado comunitario, que se asocia a la necesidad de resistir ante la Minería, que empieza a asolar a la región con sus efectos devastadores para la salud y el medio ambiente.

Las tres experiencias realizan prácticas emancipadoras desde un enfoque intercultural, surgidas desde la cosmovisión de los pueblos indígenas, respetando el conocimiento tradicional de las comunidades.

Pese al discurso oficial de inclusión intercultural, sigue sin existir alguna acción vinculante que

sancione a funcionarios que incurran en prácticas discriminatorias, reflejando que en muchas instancias ni siquiera reconocen a las mujeres como sujetos de derecho. Por eso las acciones colectivas en salud se han replanteado refundar el Sistema de Salud en Guerrero, o integrarse con él, construyendo otra relación donde el poder esté más equilibrado, rescatando el enfoque de la interculturalidad crítica (Viaña, Tapia, Walsh, 2010). En esa perspectiva, los programas de salud requieren un enfoque jurídico realmente incluyente, que reconozca la existencia de los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad, así como la voluntad política de cerrar la brecha de desigualdad, interviniendo en la estructura económico-política nacional, además de la aplicación de intervenciones puntuales, de atención real a la salud, que sea suficiente en recursos en función de las necesidades, y respete la cosmovisión y organización de

Cuadro 2: Acciones emancipadoras de Promoción de la Salud

Acciones propuestas en la Carta de Ottawa	Interpretación desde una perspectiva emancipadora
Participación	Intervención política efectiva de individuos y grupos sociales.
Capacitación	Desarrollo de valores, conocimiento y habilidades para: información y acceso a la voz; abogacía y cabildeo; toma de decisiones y planeación; definición y comprensión de problemas; diseño de proyectos viables para el futuro y crear, definir y realizar acciones encaminadas a lograr ese futuro.
Reorganización de los servicios	Cambio estructural de la acción individual a los servicios en general, encontrar necesidades definidas a partir de ejercicios de reflexión y decisión de gente común.
Acción intersectorial	Aproximación multifocal a problemas nuevos y más complejos así como un cambio en la base de distribución de los recursos individuales, colectivos y gubernamentales.
Reformulación de políticas	Desarrollo de redes políticas necesarias para hacer acciones de promoción de salud viables, organizadas, legales y confiables.

Fuente: Chapela, 2013

los pueblos indios de Guerrero. Viaña (2010:11) asevera que sólo se puede concebir la **interculturalidad crítica** si reconoce:

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

Puesto que admitir esta relación desigual es el primer paso para avanzar en lo que López Bárcenas (2011) propone como la refundación de los Estados nacionales con inclusión de los pueblos indios, esta propuesta, contraria a lo que pretenden hacer creer los grandes capitales, implica fortalecer al Estado, porque si este reconoce a los pueblos indígenas como ciudadanos en lugar de marginarlos, se conforma así una sociedad más incluyente.

De ese modo, las Promotorías han realizado diversas acciones en el sentido buscado, entre ellos, Foros de denuncia de la Muerte Materna para hacer exigible su Derecho a la Salud, denuncias públicas ante diversos medios de comunicación, tomas simbólicas de hospitales, cabildeo con funcionarios públicos para exigir que se aumenten las partidas presupuestales al rubro de la salud, capacitaciones en mixteco, tlapaneco, amuzgo, nahuatl, que integren a la comunidad al tiempo que respeten las enfermedades tradicionales por ellos concebidas. Estas capacitaciones han tenido procesos críticos de de-construcción del conocimiento (Uribe, 2001; Jara, 2012) que han sido relevantes para no reproducir la práctica médica hegemónica (Menéndez, 1992) ni el colonialismo médico; la

organización de estas Promotorías ha sido capaz de construir espacios de resistencia ante la medicalización, al tiempo que reivindican el poder de la comunalidad, la ritualidad y el vínculo directo como elementos de ciudadanía étnica.

Las prácticas de Promoción de la Salud ciudadanas han crecido en el desarrollo de sus intervenciones teniendo mayor impacto en cuanto a:

- Extensión: entendida como temporalidad de las intervenciones.
- Amplitud: abarcando mayor cantidad de organizaciones y población beneficiaria.
- Profundidad: mayor nivel de compromiso de la acción en la que interviene la comunidad (diagnóstico, implementación y evaluación).
- Modalidad: el tipo de intervenciones: consulta, taller, consejería, canalización.
- Impacto: intervenciones a nivel comunitario, nacional o internacional.
- Efectividad: las propuestas de la comunidad son concretas, se rigen por las normas comunitarias y se reestructuran por la misma.
- Sustentabilidad: realizadas con regularidad, continuidad y donde las acciones tienden a mejorar.

Práctica de promoción de salud: obstáculos y fortalezas

Aunque el contexto regional ha presentado muchos obstáculos políticos para la Promoción de la Salud en la región, las intervenciones al interior de la comunidad también han tenido particularidades

que les han planteado desafíos muy interesantes. Entre los obstáculos más relevantes que han enfrentado las Promotorías, y que han servido como detonadores de organización y resistencia, se puede mencionar:

- Medicalización institucional exacerbada. La industria de la salud y su lógica de mercado ha infundido sus patrones de consumo en general, y también en las comunidades indígenas. Cuidadosa de una retórica médica generadora de necesidades que se difunde en los medios de comunicación, sin contrapeso crítico alguno, reproduce en el imaginario de la población indígena el dominio de la industria de la salud, al tiempo que ha provocado discriminación al conocimiento tradicional y a las prácticas médicas ancestrales.
- Práctica médica colonial. Si bien estos espacios donde se conjuntan prácticas médicas tradicionales y modernas, permiten sincretismos médicos (Martínez, 2011), también permiten la hegemonía de la ciencia y del Modelo Médico-Hegemónico (Menéndez, 1992); la asimetría en las relaciones sanador-paciente, la exclusión de los sanadores tradicionales de su propio saber, la participación subordinada de los consumidores y la legitimación comunal de cierta racionalidad técnica aplicada a las actividades curativas. Estas prácticas han tenido que ser sometidas a procesos críticos de evaluación y de reconstrucción pedagógica, con el afán de no reproducir prácticas subalternas que sean capaces de reivindicar el poder curativo de la comunidad (Zibechi, 2008).
- Sexismo. El imaginario patriarcal de la región, ha marginado a las mujeres de espacios políticos importantes, tanto de la capacitación en salud, como de la atención a la salud. Elementos como

la triple jornada -(hogar, trabajo campesino y roles comunitarios)- y el discurso de la moral patriarcal, han provocado que las mujeres tengan que buscar mecanismos de negociación, empoderamiento, diálogo e imposición para lograr sus necesidades de autonomía (Doyal y Gough, 1994).

- Ausencia de autocuido comunitario. La cosmovisión patriarcal que reproduce virilidades violentas ha causado muchos decesos en la región. El símbolo del jaguar que lucha por su territorio es un ideal en la región Costa-Montaña de Guerrero al que aspiran muchos varones, por lo que las muertes por agresión o lesiones son una constante. La práctica de feminicidios, o “la venganza de la sangre”¹⁰ son elementos con los que las Promotorías han tenido que negociar, establecer diálogos y mecanismos de respeto, de comunicación, pero sobre todo de concientización sobre modelos de masculinidad en un territorio político en resistencia. Del mismo modo, concientizan a la población sobre el estrés, las agresiones y la sobrecarga a la que están expuestas, fin de que la comunidad las apoye en sus responsabilidades.
- Violencia comunitaria. La violencia comunitaria entre organizaciones políticas ha sido otro elemento que ha detenido en ocasiones la llegada de Brigadas ciudadanas de atención, o definitivamente la realización de talleres de capacitación en salud. Ante esto las Promotorías han tenido que valerse de elementos de la ritualidad indígenas que unifican a las organizaciones

¹⁰ Menéndez (2008) explica este fenómeno epidemiológico como asesinatos corporativos violentos que se dan entre familias, como actos de desagravio cuando se comete algún daño hacia algún miembro de la comunidad, y que pueden incluir a otros miembros de la familia del agresor, incluidos mujeres y niños, mismos que son legitimados por la comunidad como forma de justicia por mano propia.

para evitar derramamientos de sangre y peleas entre miembros de comunidades. Estas prácticas rituales han servido como catalizadores de la violencia del Estado hacia las comunidades y como paliativos ante los embates económicos de la pobreza en la región. Muchas veces el alcoholismo se vincula con prácticas de agresión entre la gente de la comunidad y las Promotorías con su acción resignificante y ritual le dan otro sentido, transformándolas.

Entre las fortalezas:

- Creación de nuevas redes sociales y reparación del tejido comunitario. Las Promotorías han cuestionado el papel del parentesco directo como elemento de confianza comunitaria; a partir de los talleres y los procesos críticos que se dan en las capacitaciones, las Promotorías han establecido nuevos lazos de confianza inter-étnicos, capaces de reparar el tejido comunitario. Del mismo modo, han ido modificando las relaciones de pareja cuestionando roles tradicionales y buscando el involucramiento de los varones en paternidades más afectivas y cuidadosas. También se ha ido negociando el papel de las mujeres en roles cívico-políticos al interior de la comunidad, sin enfrentar la crítica o el oprobio comunal, incidiendo no sólo en relaciones más equitativas que se reflejan en una dinámica familiar más justa, sino en relaciones interculturales menos violentas a nivel comunitario.
- Creatividad y bilingüismo. El problema del lenguaje ha sido un límite para establecer una relación dialógica en el proceso de enseñanza-aprendizaje, sobre todo para capacitadores externos. Las Promotorías han construido recursos muy interesantes para transmitir el conocimiento en diferentes idiomas indígenas. La creación de

herbarios, dibujos de aparatos y sistemas del cuerpo humano, la forma de atender una enfermedad, los síntomas y etiología de la enfermedad, son elementos que han reforzado la acción organizada de las Promotorías usando la creatividad, así como elementos dialógicos que fomentan la empatía en el proceso de formación de Promotorías de Salud. Las organizaciones ciudadanas de salud han creado mecanismos etno-educativos de capacitación para la salud que son respetuosos con su tradición y cosmovisión indígenas, pero sobre todo que no reproducen la subalternidad. El proceso pedagógico que se fomenta entre pares es capaz de reconstruir la práctica educativa en salud desde un enfoque epistémico democrático.

- Capacidad de autogestión. El territorio se caracteriza por la gran desigualdad económica que padece. Sin embargo, las tres experiencias en Promoción de la salud, han buscado formas de allegarse recursos que les permitan capacitarse y apoyar a sus comunidades, algunas a través de fundadoras internacionales, otras a través de construcción de redes de comercio justo de productos y artesanías de la región, o bien estableciendo relaciones de apoyo mutuo entre organizaciones externas.

Las prácticas de Promoción de la Salud tienen la particularidad de rescatar el conocimiento tradicional de los pueblos indios de la región, la comunalidad como forma de resistencia política ante la hegemonía global, la concientización y la posibilidad de construir sueños de manera conjunta.

El potencial crítico de esta Promoción de la Salud, coadyuva a construir espacios de resistencia política y epistémica, de autodeterminación política y particularmente a reparar el tejido social en un contexto que ha vivido tanta violencia estatal, como la Costa-Montaña de Guerrero, puesto que en

la medida en que las comunidades recuperan su capacidad de agencia, son capaces de cuestionarse proyectos de nación, de soberanía nacional y de inclusión política en el que están inmersos y, de ese

modo, buscar las condiciones de transformación en proyectos más humanizados que construyan autodeterminación política.

Referencias bibliográficas

- AMARO R. (Mayo-Agosto 2010). *Diagnóstico en materia de salud pública en el estado de Guerrero*. México: Encrucijada Revista electrónica del Centro de Estudios en Administración Pública, 5, 1-13.
- AMNISTIA INTERNACIONAL. (2004). *Informe Mujeres Indígenas e Indígenas e injusticia militar*. Sentencia AMR41/033/2004/. México: Amnistía Internacional disponible en <http://corteidh.org.cr/tablas/24381.pdf>
- BADILLO, M (2009). (Coord.) *Morir en la miseria*. México: Océano.
- BARTRA, A. (1996). *Guerrero bronco*. México: Sinfilto.
- BERRIO, L. (2013). *Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero*. Tesis de Doctorado. México: UAM-Iztapalapa. 308 p.
- BREILH, J. (Agosto 1-5 1998). *La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiología*. Brasil: Revista Brasileña de Epidemiología, 1, 207-233.
- BREILH, J. (2003). *Epidemiología Crítica: Ciencia emancipadora e intercultural*. Argentina: Editorial Lugar, 86-121.
- BRISEÑO, H. (2011). “Dispendio, abandono y corrupción en clínicas públicas de Guerrero”. Viernes 1 de abril. p. 43. La Jornada
- CANABAL, B. (2009). *Mujeres indígenas de la Montaña de Guerrero: una aproximación*. México: Estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de Guerrero, publicado por el Programa Universitario México Nación Multicultural-UNAM y la Secretaría de Asuntos Indígenas del gobierno del estado de Guerrero.
- CAMACHO, Z. (2013). Cochoapa, el Grande, entre la miseria y el desprecio. Revista Contralínea del 20-Enero-2013. Disponible en <http://contralinea.info/archivo-revista/index.php/2013/01/20/cochoapa-el-grande-entre-la-miseria-el-desprecio/>
- CENTRO DE DERECHOS HUMANOS DE LA MONTAÑA, TLACHINOLLAN (Junio 2011-Mayo 2012). Informe XVIII. *Desde el grito más hondo y digno*. Disponible en http://www.tlachinollan.org/wpcontent/uploads/2014/10/informe_actividades_18.pdf, consultada en junio de 2012.
- COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS, (2001). Gaceta. Num. 134 Septiembre: México.
- CHAPELA, C. (2013). *Promoción de la salud y emancipación*. Serie académicos ciencias biológicas y de la salud, # 111, México: UAM Xochimilco.
- DGPLADES-Secretaría de Salud (2010). Interculturalidad en salud. Marco conceptual y operativo. Modelo para ser implantado en los Servicios de Salud; Campaña Nacional por la Diversidad Cultural de México: DGPLADES.
- DÍAZ, D. (2010). *Implicaciones del Seguro Popular en la reducción de la Muerte Materna*. México: Fundar-Centro de Análisis e Investigación.
- DÍAZ, F. (2007). *Comunalidad, energía viva del pensamiento mixe*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- DÍAZ-POLANCO, H. (2005). *Elogio de la diversidad: Globalización, Multiculturalismo y Etnofagia*. México: Siglo XXI.
- DOYAL, L, & GOUGH, I. (1994). *Teoría de las necesidades humanas*. España: Icaria.
- FLORES, J. (2007). *Reinventando la democracia, El sistema de Policía Comunitaria y las luchas indias en el Estado de Guerrero*. México: Plaza y Valdés Editores-El Colegio de Guerrero, A.C.
- GUTIÉRREZ, M. (2009). *Las vicisitudes del Movimiento Indígena en Guerrero*. En Estado del Desarrollo de los Pueblos Indígenas de Guerrero, publicado por el Programa Universitario México Nación Multicultural-UNAM y la Secretaría de Asuntos Indígenas del gobierno del estado de Guerrero.
- HERNÁNDEZ, L. (2009). “Movimiento indígena: autonomía y representación política” en Otras geografías: Experiencias de autonomías indígenas en México”, Gasparello y Quintana (coords.) México: UAM-Iztapalapa.
- HERSCH, P., CHÉVEZ, L. y SEDANO, C. (2012). *Epidemiología*

- socio-cultural: referente operativo en el estudio de los saberes locales relacionados con la salud-enfermedad y la atención-desatención. Una experiencia aplicada en dos municipios de Oaxaca y Guerrero, México.* Ponencia presentada en el Congreso Montpellier- Francia.
- INEGI. Perspectiva Estadística Guerrero (2011). México, pp 35-37. Instituto Nacional de Geografía informática. México: INEGI
- JARA, O (2012). *Sistematización de experiencias, investigación y evaluación: Aproximaciones desde tres ángulos.* México: Revista Internacional sobre investigación en educación global y para el Desarrollo. Num 1. Febrero. 56-77.
- LAURELL, C. (2011). *Los seguros de salud mexicanos. Una cobertura universal incierta.* Ciencia y Salud Colectiva. 16 (6).
- LEAL, G. (2013 enero-abril). ¿Protección social en salud? Ni seguro, ni popular. Estudios políticos Universidad Nacional Autónoma México, 9 Num. 28, 163-193.
- LÓPEZ, F. (2011). en *Pensar las autonomías.* México: Sísifo-Ediciones, Bajo-Tierra, JRA.
- MARTÍNEZ, A. (2011). *Antropología Médica, teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad.* Barcelona: Antropos Editorial.
- MELÉNDEZ, D. (2002). *El Programa Arranque Parejo en la Vida en Guerrero, ¿Un programa de salud virtual?.* México: Fundar. Centro de Análisis e Investigación.
- MENÉNDEZ, E. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud.* Cuadernos de la Casa Chata. México: CIESAS.
- MENÉNDEZ, E. (1992). *Modelo Hegemónico, Modelo Alterativo subordinado, modelo de auto-atención, caracteres estructurales.* En Campos, R. (Compilador) La Antropología Médica en México I; México: Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana.
- MENÉNDEZ, E. (2008). *“Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades”.* México: *Región y sociedad* num 20.
- SARMIENTO, S, MEJÍA, E. et al (2009). *Movimiento Indígena y conflictos sociales:* México: Estado del Desarrollo Económico y social de los pueblos indígenas de Guerrero; publicado por el Programa Universitario México Nación Multicultural-UNAM. Y la Secretaría de Asuntos Indígenas del estado de Guerrero.
- TASCÓN, J. y SOLÍS, G. (2009). *La situación de salud de los pueblos indígenas de Guerrero.* publicado por el Programa Universitario México Nación Multicultural-UNAM y la Secretaría de Asuntos Indígenas del estado de Guerrero.
- TIBURCIO, H. (2009). *Mujeres Indígenas y Desarrollo* en el Estado del Desarrollo Económico y social de los pueblos indígenas de Guerrero; publicado por el Programa Universitario México Nación Multicultural-UNAM y la Secretaría de Asuntos Indígenas del estado de Guerrero.
- UNISUR-RAÍCES DE IDENTIDAD. (2006). *Estudio de Factibilidad.* Santos, Méndez, Flores, Muñiz, Pimienta. (En prensa)
- URIBE, J. (2001). *Comunidades indígenas,* en Promoción de la Salud: como construir una vida saludable, en Restrepo, H y Málaga, H.(Comp) Colombia: Pan American Health Org. 297
- VIAÑA, J., TAPIA, L. y WALSH, C. (2010). *Construyendo interculturalidad crítica:* Bolivia: Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello.
- ZIBECHI, R. (2008). *Autonomías y emancipaciones: América Latina en Movimiento.* México: Ediciones Bajo-Tierra.