

T
823

 UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
ARCHIVO HISTORICO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

**DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
POSGRADO EN DESARROLLO RURAL
NIVEL MAESTRÍA**

SALUD Y DESARROLLO COMUNITARIO.

Estudio de caso: Marqués de Comillas, Chiapas

T E S I S
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRO EN DESARROLLO RURAL
P R E S E N T A

JOEL HEREDIA CUEVAS

DIRECTORES:

FRANCISCO LUCIANO CONCHEIRO BÓRQUEZ

CARLOS CORTEZ RUIZ

México, D.F.

Diciembre 2007

AGRADECIMIENTOS

A Luciano Concheiro Bórquez por su valioso apoyo, por ese "último empujoncito" que hizo posible concretar esta tesis.

A Carlos Cortez Ruiz por el acompañamiento que en el trabajo de campo hemos venido compartiendo.

A Alejandrina Cabrera Muñoz, Jesús Reza Casahonda, Oscar D. Soto Badillo, Salvador Ruiz Vivó, María Concepción López Silva y demás compañeros y compañeras de trabajo que fueron parte del grupo de asesores.

A todo el colectivo de promotores y promotoras de salud, parteras, comités de salud y autoridades en general que fueron parte definitoria en la iniciativa y desarrollo del proyecto.

DEDICATORIA

A Saúl Hernández Morales, Fulgencio Díaz Lorenzo, Flora Velázquez Roblero,
Octavia Dávila García y Obdulio Ortiz Simón,

Por ser los promotores y promotoras de salud de ayer y hoy.

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I. MARQUÉS DE COMILLAS	13
1.1. Las "Tres Naciones"	13
1.2. Su ubicación	17
1.3. Su riqueza natural	20
1.3.1. Vegetación	22
1.3.2. Fauna silvestre	24
1.4. La Colonización	25
1.4.1. El primer proceso	25
1.4.2. El segundo proceso	37
1.4.3. Un tercer proceso de colonización	40
1.4.4. Los refugiados guatemaltecos	41
CAPÍTULO II. LA VIDA EN MARQUÉS DE COMILLAS	46
2.1. Dinámica social	46
2.2. Los refugiados guatemaltecos	52
2.3. La organización política	55
2.4. El petróleo	58
2.5. Los servicios de salud Marqués de Comillas	59
2.6. Los colonizadores y las enfermedades	61
CAPÍTULO III. CONSTRUYENDO LA SALUD	66
3.1. Origen del Programa de Salud Comunitaria en Marqués de Comillas	68
3.2. Los ejes de trabajo:	70
3.2.1. Capacitación	70

3.2.2. Atención médica	91
3.2.3. Organización en salud	108
3.3. Las etapas:	116
3.3.1. Formación	116
3.3.2. Consolidación	116
3.3.3. Proyección	117
3.4. Los principios:	118
3.4.1. Identidad de la población	118
3.4.2. Continuidad y permanencia de los proyectos	120
3.4.3. Participación comunitaria	123
CAPÍTULO IV. LOS RESULTADOS	125
4.1. A 10 años, una fotografía en 1994	126
4.1.1. Desarrollo Regional	126
4.1.2. Daños a la salud	130
4.1.3. Organización social	133
4.2. La ruptura, periodo 1995 -1996	138
4.2.1. Suspensión del financiamiento	139
4.2.2. División entre promotores de salud	139
4.2.3. SSA suspende plazas de servicio social de la UAM-X	140
4.2.4. Condicionamiento de la atención por SSA e IMSS	141
4.2.5. Los efectos	141
4.3. Del Programa de Salud Comunitaria en Marqués de Comillas al Sistema de Salud Autónomo Zapatista	143
CONCLUSIONES	146
ANEXO 1	149
BIBLIOGRAFÍA	151

INTRODUCCIÓN

El esplendor de la cultura Maya de la zona selvática comienza a decaer como consecuencia de múltiples conflictos que hasta el momento no han sido del todo explicados, pero que provocaron que a fines del postclásico el desarrollo de esta cultura descendiera hasta el nivel de subsistencia. Sin embargo, la selva continuó habitada por grupos indígenas que se establecieron en lugares estratégicos desde el punto de vista militar porque mantenían constantes incursiones con fines bélicos.

En estas condiciones se encontraban las comunidades cuando, en 1530, se inicia la era de la colonización española de la selva, para concluir en 1821. Esta era básicamente se refiere a la conquista militar e ideológica que los españoles dirigieron contra las poblaciones que se ubicaban en el Noreste (NE) de la selva, los Lacandones, y los que se encontraban a las orillas del río Usumacinta. Pero existe un gran vacío sobre la presencia o no de incursiones en el área que se encuentra limitada entre los ríos Lacantún y Chixoy, que actualmente se conoce como Marqués de Comillas. Esto quizá obedezca a que los grupos de poblamiento, ahí asentados, tenían una presencia poco significativa en relación con las incursiones bélicas de los Lacandones.¹

¹ Jan De Vos, 1994. *Oro Verde*. Fondo de Cultura Económica, 1ª reimpresión. México.

Inscrita como una de las últimas colonizaciones del siglo XX, la región de Marqués de Comillas es promovida por el gobierno mexicano para su ocupación durante los años setenta, acelerando este proceso durante la década siguiente, luego de la llegada de refugiados guatemaltecos ante la ofensiva militar en ese país.

¿Soberanía o conservación?

La disyuntiva estaba entre proteger las casi 200 mil hectáreas de selva de la región de Marqués de Comillas (que equivale a una tercera parte de la Selva Lacandona); o proteger al país del riesgo de la influencia de los movimientos guerrilleros en Centroamérica, que venían en aparente avance (en Nicaragua triunfa el Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN) en 1979; en El Salvador, el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN) gana terreno en la década de los ochenta; y Guatemala, libra una guerra civil de más de 25 años).

La balanza se inclinó hacia lo segundo, el temor no era infundado, 1994 lo dejó ver, solo que no era cuestión de anteponer barreras.

La decisión entonces fue de "construir una frontera". Donde sólo una raya imaginaria existía debía haber una frontera humana, casi "un soldado en cada hijo" dispuesto a defender su casa, su parcela, su ejido, su región "Marqués de Comillas".

Donde no habia nada, debía haber mucho y en poco tiempo. El arraigo y la identidad eran estrategias centrales para el objetivo. La creación de condiciones de vida era la tarea del día a día, mediante proyectos productivos, de educación, de salud, vivienda, alimentación, que con el apoyo estatal y federal, y con fondos de la banca mundial, hicieron posible este proyecto, en tan sólo 15 años. Poco tiempo; muy poco tiempo si se compara con otras regiones del mismo estado, las mismas que en 1994 dicen ¡Ya basta!, ante el abandono que durante siglos han vivido.

A la convocatoria se sumaron propios y extraños, habitantes ávidos de poseer un pedazo de tierra, donde fuera; los desplazados de Simojovel y Huitiupán, los refugiados guatemaltecos, los oaxaqueños, veracruzanos y guerrerenses, que por su pie habían llegado unos años atrás.

La decisión estaba tomada, el espacio abierto, el Instituto Nacional Indigenista (INI) aceptó la propuesta, la idea de crear una estructura de salud con la participación de la población no ofrecía mayor problema, por el contrario se inscribía en las políticas de participación social institucionales. El problema vino después, cuando se participa más de lo debido, cuando se trasgreden los "límites" de la participación, cuando se cuestiona y se exige; cuando potencialmente representa un peligro la población organizada.

En este contexto, durante 1985 se inicia una experiencia en el marco de la atención a la salud en la Región de Marqués de Comillas, Chiapas, donde la

Frontera y la Selva, fueron dos factores que definieron una serie de políticas en torno a la Soberanía y la Conservación, muchas de ellas ajenas a la población local.

En un lapso de 12 años y movidos por la necesidad apremiante de autoatender su salud, los habitantes de Marqués de Comillas crearon una estructura humana y material capaz de atender una de sus principales demandas. De esta forma, en 1996, se convierte en una de las regiones del estado de Chiapas con mayor infraestructura en cuanto a recursos en salud.

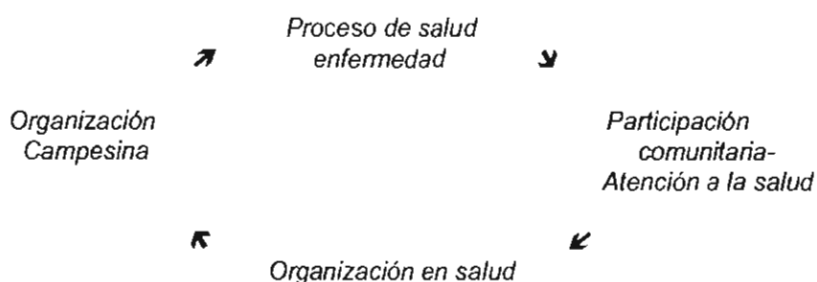
Apoyados en una estructura organizativa única en la región, el Programa de Salud Comunitaria de Marqués de Comillas (PSCMC) tuvo la capacidad de convocar a las tres importantes fuerzas políticas de esa región² y logró conjuntar una serie de esfuerzos que dieron a su vez permanencia a este Programa. Sin embargo, ante un nuevo contexto generado por el levantamiento armado indígena de 1994, definido por una estrategia contrainsurgente con base en la Guerra de Baja Intensidad (GBI), caracterizada por el recorte de recursos institucionales y el apremiante control de los servicios de salud por el gobierno, el Programa de Salud no fue capaz de enfrentar esta nueva coyuntura, de tal forma que poco a poco se fue desvaneciendo, perdiendo fuerza con la contratación selectiva de promotores de salud y parteras por parte de la Secretaría de Salud, confrontando con ello a los que quedaron fuera y desarticulando la red de salud ante la presión

² Unión de Ejidos Julio Sabines Pérez, Unión Fronteriza del Sur y Movimiento Obrero y Campesino Revolucionario Independiente (MOCRI)

institucional de dar atención médica y medicamentos a las comunidades a cambio de ceder las Casas de Salud, construidas por la comunidad.

El propósito de este trabajo es presentar esta experiencia en forma objetiva, donde tomando como punto de partida una necesidad asistencial, fue posible dar una respuesta desde la población, fortaleciendo a su vez la organización comunitaria.

El trabajo lleva en el fondo la intención de demostrar las relaciones siguientes:



El esquema considera el proceso de salud enfermedad como un indicador que muestra las condiciones de vida de una población, donde la causalidad social está por encima de los aspectos biológicos y el análisis social de la enfermedad es *La herramienta* de abordaje de las diferentes patologías.

Incorpora en un segundo momento la atención a la salud, como una parte de la participación social y como una práctica que se ha venido dando en muchas

localidades, ante la ausencia de servicios de salud o donde la presencia de estos ha sido insuficiente para responder a las demandas. Con este proceso de auto atención se interactúa incorporando elementos metodológicos que permitan un proceso de formación de recursos en salud, humanos y materiales, comprometidos socialmente y capaces de responder a las expectativas de la población.

El tercer elemento; organización en salud, es el que resulta de la dinámica del funcionamiento de los recursos locales de salud, donde comités de salud locales y regionales van más allá de resolver la limpieza y cuidado de las unidades médicas, haciendo suyas la administración de los servicios de salud, la planeación y la ejecución de los diferentes programas de salud.

Por último, en lo que se refiere a la organización campesina, se plantea que su fortalecimiento se da con la inclusión de una estructura funcional sobre salud, que en el marco del desarrollo local es un elemento importante para la definición de sus estrategias, en este caso, con la existencia de un *grupo de trabajadores de la salud organizados*, con funciones definidas desde la población, con una identidad y un sentido de pertenencia propios, con resultados palpables sobre su actuación, con una conciencia recreada a partir de su quehacer, con demandas cada vez más construidas desde lo local y con más experiencia.

A partir de esta experiencia y de sus resultados, se cuestiona la estructura y estrategias de atención a la salud del Estado Mexicano, que entre otras cosas no ha logrado dar una respuesta favorable a la situación de salud de los más pobres.

Para abordar la descripción de esta experiencia se consideró, entre otras, las siguientes interrogantes: ¿Dónde se desarrolla esta experiencia?, ¿Por qué y cómo se inicia?, ¿Cuáles han sido sus resultados?

En esta secuencia se abordan estas interrogantes por separado, pero sobre todo a través de lo que, volviendo la vista atrás, me permite ubicar una ruta por la que fue caminando esta experiencia, la cual se fue construyendo poco a poco, en algunos casos sin alcanzar a ver qué era lo que seguía después, casi como inercia, misma que en momentos generó angustias pero que en la medida que veíamos resultados nos reafirmaba en el camino que habíamos trazado. Por supuesto hubo errores, que han tenido un costo alto, y que también son parte importante en este proceso.

En esta ruta crítica se ubican nueve elementos, que sumados e interrelacionados han permitido este proceso. Tres de ellos corresponden a la respuesta en torno al problema de la salud, y explican cómo se tuvo que iniciar y por dónde se condujo para poder atender la importante demanda y son:

1. La Atención Médica, como la acción puntual de atender un enfermo.

2. La Capacitación, como un instrumento que nos permite intercambiar conocimientos y posibilita un proceso de formación de Promotores y Promotoras de Salud.
3. La Organización en Salud, que implica una serie de vínculos con la población a través de comités de salud locales y regionales, responsables de la coordinación del trabajo de salud y a su vez de la planeación y ejecución de las actividades, lo que hace posible la continuidad y el desarrollo de las acciones.

Los tres siguientes elementos ubican las etapas que se fueron construyendo, principalmente alrededor de la Capacitación, pero que sobre la marcha fueron permeando tanto la Atención Médica como la Organización en Salud, estas etapas son:

1. Formación,
2. Consolidación y
3. Proyección.

Por último tres elementos en torno a la ética, sin los cuales no hubiera sido posible esta experiencia.

1. La Identidad,
2. La Continuidad y
3. La Participación Comunitaria.

El siguiente esquema muestra la interacción de los diferentes elementos, los ejes:

Atención Médica, Capacitación y Organización en Salud en las tres etapas, y los elementos éticos.

ETAPAS

	Formación	Consolidación	Proyección
Lo Ético ⇒	⇒	⇒	⇒
Identidad	Atención Médica	Atención Médica	Atención Médica
Continuidad	Capacitación	Capacitación	Capacitación
Participación Comunitaria		Organización en salud	Organización en salud

La Atención Médica tiende a ser permanente, buscando ser puntual y eficaz. El proceso de Capacitación tiende a ser cíclico, permitiendo así la formación de nuevos elementos y la actualización de los ya formados. Por último el eje Organización en Salud toma forma a partir de la práctica de Promotores y Promotoras de salud, retomando la problemática que enfrentan desde la consulta en su relación con los pacientes, la administración de la Casa de Salud y la planeación y programación de actividades. Los elementos Identidad, Continuidad y Participación aparecen como lo ético, referidos a valores sociales, con un

sentido moral, de compromiso y respeto. Estos aparecen cruzando cada uno de los ejes, en los diferentes tiempos.

Finalmente, se presenta un análisis sobre la evolución de este proyecto, sus resultados, su impacto regional y sus aportes hacia otros procesos, particularmente al Sistema de Salud Autónomo Zapatista.

CAPÍTULO I

MARQUÉS DE COMILLAS

1.1. Las “Tres Naciones”

Eran las 10 de la noche, hacía 4 horas que habíamos salido de Palenque y apenas íbamos en Chancalá. El camión de redilas llevaba ocho toneladas de maíz hacia la boca del río Lacantún, viajábamos hasta arriba, tendidos encima de los bultos de maíz. La noche estaba fresca, era el mes de noviembre y por estas fechas la temporada de lluvias hacía más soportable el calor, durante el día el calor hubiera hecho insostenible nuestro viaje, de hecho por ese motivo se prefería viajar por la noche.

Envueltos en nubes de polvo, que afortunadamente no veíamos, nos manteníamos atentos al cielo, echando mano de nuestros conocimientos de astrología (que no eran muchos), para tratar de hallarle forma a la cantidad de estrellas que tenían enfrente. Así encontramos centuriones, osas mayores y menores, la vía láctea y otras curiosidades de allá arriba.

El camino, aunque estaba lleno de hoyos, no lo sentíamos tan duro, ya que el camión circulaba a baja velocidad, de lo contrario los “huesitos” del torton se hubieran roto.

Cerca de las tres de la mañana el camión se detuvo, los choferes hicieron cambio de turno, lo cual aprovechamos para preguntar cuánto faltaba, contestándonos que ya faltaba poco, "en cuanto empiece a clarear."

Una compañera recién egresada de la carrera de medicina, igual que yo, me acompañaba, la aventura nos unía, para ella sólo eran unos días, para mí seis u ocho meses; luego convertidos en años.

Empezaban a salir los primeros rayos del sol, y nuestros ojos se toparon con un tapiz verde a los lados de la carretera, hacía frío y nuestras ropas estaban un poco húmedas. Conforme había más luz nos descubríamos llenos de polvo, las pestañas completamente blancas, el pelo, la ropa. El ruido del camión en ocasiones era superado por el canto de las aves, que se veían por todos lados; un par de tucanes sobrevoló a la par de nosotros, a unos cuantos metros, parecía que la naturaleza les había favorecido poco con esos grandes picos, que hacían menos lúcido su vuelo, sin embargo la belleza y el contraste de sus colores eran mayores.

En eso estábamos cuando alcanzamos a ver el río Lacantún, parecía que salía de la nada, de no ser por los campamentos de militares, y trabajadores de Pemex (Petróleos Mexicanos) no lo hubiéramos visto hasta estar enfrente. Poco a poco, el vehículo llegó hasta la orilla, terminaba nuestro viaje, eran las 6 de la mañana, 12 horas de viaje, para recorrer 190 km. Después de pagar nuestro viaje,

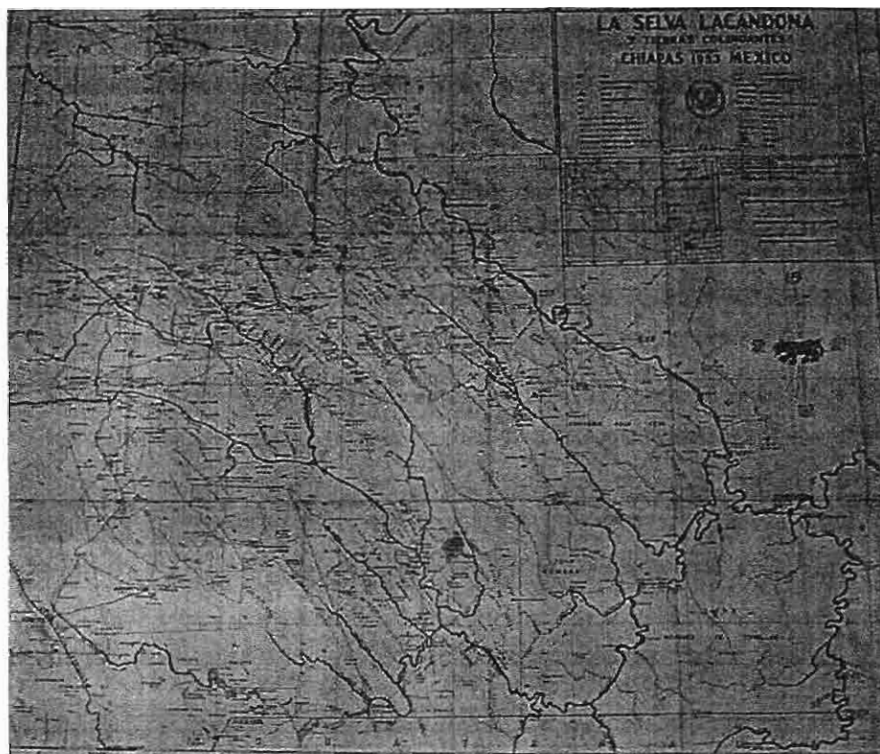
el chofer nos indicó dónde podíamos comer y dónde conseguir una lancha para continuar hasta Quiringuicharo.

Un par de horas después estábamos preparando el viaje en lancha, nos esperaban tres horas río arriba, por fortuna la lancha tenía un pequeño techo, el lanchero había tiempo para subir un poco más de carga o pasaje. Nuevamente estábamos entre costales de maíz, azúcar, bolsas de jabón y galletas.

Dirigía el embarque un joven moreno de rasgos indígenas, moviéndose de un lado a otro, checando el motor de la lancha y la carga que se iba subiendo, la cual significó en total 8 toneladas, así que entre costal y costal nos fue platicando de su trabajo. A la pregunta si conocía Marqués de Comillas, nos respondió: es tan grande que por esa razón anteriormente algunos lo llamaban Tres Naciones, y me explica señalando río abajo; hacia allá está Guatemala y lo sabemos bien porque lo separa el río (Usumacinta), hacia allá, indicando hacia la carretera por donde habíamos llegado, está México y hasta este río - tocando el agua del Lacantún - está claro que es México, y sigue, yo soy Chapín,- como pusimos cara de asombro aclaró -, guatemalteco, y cuando llegué aquí hace años, este lugar - señalando hacia Marqués -, no lo peleaba ni México ni Guatemala, aquí entrábamos tanto los de un lado como del otro, entonces nadie sabía realmente a quién pertenecía, y como se juntaban México, Guatemala y este lugar, por eso lo llamamos Tres Naciones.³

³ En el mapa de la compañía Buñes, de 1956, aparece "Tres Naciones" en la unión del río Usumacinta con el Lacantún.

Ciertamente era fácil distinguir la frontera México - Guatemala por el lado del río Usumacinta, no así en la franja de tierra, donde por mucho tiempo la frontera en este lugar estuvo abandonada y se convirtió en territorio de nadie.



Mapa de Chiapas, 1953, elaborado por Franz Bolom, donde se hace referencia a las áreas colindantes con la Selva Lacandona. En este se aprecia que la zona Marqués de Comillas, ubicada en la parte inferior lado derecho, está totalmente despoblada.

1.2. Su ubicación

"Marqués de Comillas es como una costa que se interna en Guatemala, es como una flechita que está dentro de Guatemala"

Pedro Corro⁴

Chiapas limita al Norte con el estado de Tabasco, al Sur con el Océano Pacífico, al Este con la República de Guatemala y al Oeste con los estados de Veracruz y Oaxaca. Desde el litoral hacia el interior y cruzando las sierras hasta llegar a las llanuras, el estado de Chiapas cuenta con varias regiones que se disponen paralelas a la costa del Océano Pacífico; de Sur a Norte son: La Llanura Costera, la Sierra Madre de Chiapas, la Depresión Central o Cuenca del Río Grande de Chiapas, el Bloque o Macizo Central, las Serranías de la Lacandonia, las Montañas del Norte y las Llanuras o Tierras Bajas del Norte.

Así también, el estado de Chiapas está dividido en 118 municipios. A partir de 1999 y por iniciativa del gobierno del estado se incluyeron 7 nuevos municipios a los 111 que ya existían. El más grande de ellos es el municipio de Ocosingo, que abarca parte de la Selva Lacandona; está situado en la parte nororiental del estado de Chiapas, integrado por localidades, de las cuales 122 son ejidales y 342 son propiedades privadas.

⁴ Colonizador que participó en las primeras incursiones hacia Marqués de Comillas en 1973, actualmente residente en Palenque, Chiapas

La región denominada Marqués de Comillas se caracteriza por ser la llanura más grande, con 197 266 hectáreas, de la Selva Lacandona, ubicada al sureste de las montañas del oriente de Chiapas, mismas que corren con dirección noreste-sureste. Su conformación semeja un triángulo, sus límites se establecen de la siguiente manera: En su vértice Norte se presenta la desembocadura del río Lacantún en el Usumacinta condición dada a los 16°35'43" latitud Norte y los 90° 39'28" longitud Oeste.

En su cara Este aparece primero el río Usumacinta, mismo que nace de la confluencia de los ríos: La Pasión que proviene del Petén Guatemalteco y el Salinas, a unos 15 km del vértice Norte; a partir de entonces y hasta el vértice sureste correrá este río, conocido también como Chixoy o Negro en su parte alta, dentro del territorio guatemalteco, hasta su nacimiento en las sierras de Chamá y Chuacús. En todo este trayecto Marqués de Comillas colinda con el Departamento del Petén Guatemalteco, en particular con el municipio de San Andrés.

La base del triángulo irregular de Marqués de Comillas, es una línea artificial que corre de Este (a los 90°26'42" longitud Oeste) a Oeste (a los 90°57'30" longitud Oeste) sobre los 16°04'00" de latitud Norte. A lo largo de esta línea fronteriza existe colindancia con los municipios de La Libertad, perteneciente al Departamento del Petén, en el extremo Este, y San Miguel Uspantán del departamento del Quiché, en el extremo Oeste (Enfoprensa, 1995).

La cara Este, la conforma en casi su totalidad el río Lacantún y sólo en su parte Suroeste, es cortado por el río Ixcán, que proviene de Guatemala.

Marqués de Comillas se encuentra a 190 km de Palenque, se llega a través de la carretera fronteriza, que recientemente ha sido pavimentada (1994-1995). El tiempo promedio de traslado es de 3 horas. Hasta antes de 1994 era de 6 horas en vehículo pequeño y de 9 en transporte público o de carga.

La entrada natural a la región se sitúa en el paso del río Lacantún (5 Km antes de su unión con el Usumacinta) donde se encuentra una delegación de servicios migratorios, que funcionó hasta hace algunos años; una caseta de control ecológico, también abandonada y un destacamento del Ejército, este si vigente y con mayor presencia a partir de 1994. Anteriormente también existía uno de la Marina.

La selva Lacandona, como reserva natural está constituida por cinco regiones. Al centro se ubica la Reserva de la Biosfera Montes Azules, con aproximadamente 300,000 hectáreas y que se considera como zona protegida. Actualmente y a raíz de la represión desatada tanto por el Ejército Federal como por grupos paramilitares contra bases civiles de apoyo del Ejército Zapatista de Liberación Nacional, ha sido zona de refugio de familias enteras que han huido ante la amenaza de muerte.

Las otras cuatro regiones se localizan rodeando la Reserva Montes Azules: Margaritas, Cañadas, Lacandona y Marqués de Comillas. Las cuales se consideran como zonas de amortiguamiento y de acuerdo al Programa de Conservación de la Selva Lacandona de 1986, cada una de estas regiones periféricas debería desarrollar Proyectos específicos que permitan una convivencia armónica entre pobladores y naturaleza.

1.3. Su riqueza natural

Su precipitación pluvial es superior a los 2,000 mm anuales con régimen de lluvias mayor entre los meses de julio a diciembre y un periodo de sequía de marzo a junio, con menos de 60 mm de precipitación promedio, con una temperatura media anual de 26°C, con oscilación entre el mes más frío y el más cálido entre 5 y 7 °C (García, 1981). Aunque estos extremos no parecen muy importantes, son claramente visibles en infecciones de vías respiratorias altas y bajas, llevando a la muerte por neumonía a menores de 5 años y ancianos

Por otro lado, la extrema humedad y exceso de agua propicia la presencia de vectores transmisores de enfermedades como el paludismo, dengue y leishmaniasis, clasificadas dentro de las enfermedades tropicales y presentes durante casi todo el año. Esta abundancia de agua también propicia la contaminación de fuentes de agua ante la ausencia de drenaje o letrinas apropiadas.

Los suelos de Marqués de Comillas presentan un equilibrio en forma natural, debido a que las elevadas temperaturas y fuerte humedad presente durante todo el año, favorece los procesos de alteración y degradación de los minerales de los terrenos, aunado a la descomposición de la materia orgánica acumulada, que permiten su desarrollo.

Sin embargo, la fragilidad de los mismos se manifiesta en los desmontes, que es directamente proporcional al relieve y al uso que se le proporcione al terreno, debido a la alta acumulación de arcillas que presentan los vuelve vulnerables ante la falta de cobertura vegetal, principalmente en terrenos ondulados que se emplean en gran proporción a la ganadería y al cultivo de productos básicos como el maíz, frijol, chile, entre otros, los cuales reducen sus rendimientos al segundo o tercer año, por lo que son abandonados y expuestos a la erosión, que aunque incipiente representa un problema real ante la necesidad de producir una mayor cantidad de alimentos, impuesta por el ritmo de crecimiento de la población rural y de las limitaciones en cuanto a la eficiencia productiva, lo que representa un riesgo grave, considerando que aproximadamente el 80 ciento de la superficie total (197,266 hectáreas) ha sido alterada de su condición original en 20 años (1977-1996).

Un impacto positivo en la población en cuanto a la variedad de alimentos, que desde la colonización se han incorporado a la dieta, es que los índices de desnutrición son menores con relación a otras regiones.

1.3.1. Vegetación

En lo que se refiere a la vegetación y según los criterios de clasificación utilizados en el estudio dasométrico de la Selva Lacandona (Cuevas, 1976) y (Castillo *et al*, 1992), se han reconocido los siguientes tipos de vegetación para esta zona:

- a) Selva alta perennifolia.
- b) Selva mediana subperennifolia.
- c) Selva baja subperennifolia.
- d) Vegetación hidrófita.
- e) Vegetación secundaria (acahuales).

En la Selva alta existen árboles de hasta 45 metros, con abundancia de bejucos y plantas epífitas en el dosel superior, que permanecen verdes durante todo el año, aunque algunas especies pierden su follaje durante la fase de floración. Las especies más representativas de estas características son: *Terminalia Amazonia* (canshan), *Swietenia macrophylla* (caoba), *Dialium guianense* (guapaque), *Ceiba pentandra* (ceiba) y *Brosimum alicastrum* (ramón).

En la Selva mediana, que es la más abundante, encontramos árboles de entre 15 y 25 metros aproximadamente. Se caracterizan porque entre el 25 y 50 por ciento de los árboles pierden sus hojas en lo más acentuado de la época de seca. Se desarrollan principalmente sobre suelos derivados de materiales calizos, donde el drenaje de las aguas de lluvia es muy rápido, razón por la que

probablemente pierden su follaje. Las especies más representativas son: *Castilla elástica* (hule), *Brosimum alicastrum* (ramón), *Bucida buceras* (pucté) y *Bursera simaruba* (chacáh).

La Selva baja comprende la vegetación cuya masa forestal dominante es menor de 15 metros de altura. Su distribución en el área y su extensión están restringidas a condiciones ambientales específicas; es frecuente observarla en laderas de fuerte inclinación, así como también en hondonadas o "bajos" cuya extensión individual es muy pequeña. En este caso los suelos son relativamente profundos y con drenaje deficiente, por lo que se inundan en épocas de lluvias y pueden secarse totalmente en épocas de estiaje. Las especies representativas son: *Byrsonima crassifolia* (nance), *Crescentia alata* (jícaro), *Curatella americana* (cacaito), *Coccoloba* sp (bolchiche), *Haematoxylum campechianum* (palo de tinte) y *Melopium brownei* (chechén negro).

Esta rica variedad de maderas ha sido objeto de una tala desmedida, con la participación de la población y empresas foráneas, que finalmente son las que se han llevado las ganancias.

La vegetación hidrófita está asociada a condiciones de afloramiento temporal o permanente de agua en el suelo. Las especies que más destacan son: *Cladium jamaicense* (sival), gramínea que abunda a orillas de lagos, *Guadua aculeata* Rupy (jimbal), gramínea con aspecto de bambú y que llega a alcanzar

hasta 15 metros de alto, con tallos hasta de 15 cm, esta especie puede encontrarse sola a lo largo de los ríos o asociada con selvas mediana y baja.

La vegetación secundaria o acahuals se caracterizan porque se presenta en las áreas que han sido taladas. La composición está dada por especies de comportamiento heliófito, representados por una gran cantidad de especies, que en la mayoría de los casos no alcanzan diámetros y alturas mayores, y que por su carácter colonizador, crean las condiciones necesarias para el establecimiento posterior de especies primarias que requieren de condiciones microclimáticas favorables para su establecimiento. Los componentes que caracterizan esta vegetación son: *Bursera simaruba* (chacáh), *Schyzolobium parahybum* (pich), *Stemmadenia* sp (cojón del toro), *Acacia corhigera* (comesuelo), *Alchornea latifolia* (cotón del Caribe), *Guazuma ulmifolia* (gúasimo), *Cecropia* sp (guarumbo), entre otras.

1.3.2. Fauna silvestre

El tipo de vegetación existente permite el desarrollo de una gran variedad de especies animales, debido principalmente a la gran cantidad y diversidad de nichos ecológicos disponibles. La fauna silvestre es de origen neotropical.

Cabe mencionar que el hábitat de las especies no necesariamente son ecosistemas clímax, sino que también existe una gran interrelación entre las áreas desmontadas y la fauna, ya que algunas especies conviven mejor en los acahuals (venado cola blanca) por la facilidad de obtener una mejor y variada

alimentación proveniente de esta vegetación. A su vez esto ha permitido a la población una importante fuente de proteína.

1.4. La colonización

1.4.1. El primer proceso

Fue el 7 de noviembre de 1971 que salimos de Tuxtepec y el motivo de venirnos para acá, simplemente la ilusión de tener un pedazo de tierra, en Tuxtepec son tierras muy buenas pero todas tienen dueño. Entonces de pensar en juntar un capital para comprar un terreno por allá, comprar un rancho no cabía ni pensarlo siquiera, entonces dijimos hay la oportunidad y en tierras buenas en la selva, pues vámonos a Chiapas.

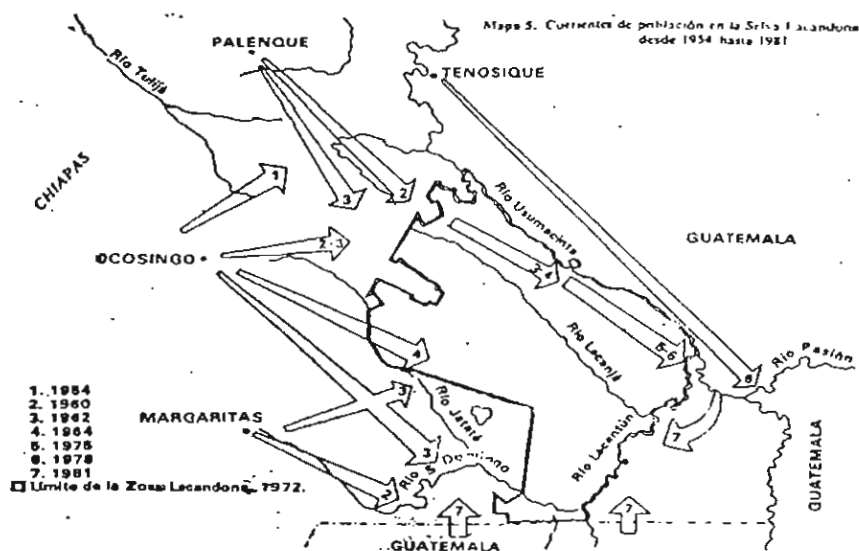
Error grande el pensar que los ejidatarios eran las personas que más tranquilos vivían y que tenían todas las oportunidades porque en realidad tuvimos un error muy grande ya que no es cierto, debiera ser por justicia pero no, el campesino es el más amolado es el que más trabaja y es el que más amolado vive (Pedro Corro).

Hasta 1970 Marqués de Comillas era una región prácticamente deshabitada, con cerca de 200 mil hectáreas de selva baja, la cual sufrió un fenómeno de migración masiva en dos momentos: el primero a mediados de los setenta y que tiene un carácter espontáneo, el segundo a principios de los ochenta y que es más bien dirigido.

Las vías de llegada corresponden inicialmente por la vía natural del río Lacantún, con dos rutas de llegada, una por Tenosique, Tabasco, que por tierra continuaba hacia Chancalá, municipio de Palenque y seguía por el Valle de Santo Domingo, para llegar hasta la entrada a las ruinas de Bonampak y continuar de ahí a lo que hoy se conoce como Frontera Corozal, comunidad habitada por indígenas de la etnia Chol, ubicada en las márgenes de río Usumacinta. A partir de aquí la ruta es por río, hacia arriba hasta encontrarse con el río Lacantún.

La otra vía de acceso era por Comitán, siguiendo de ahí a Flor de Café, Ixcán, luego sobre el río Lacantún, río abajo, hasta llegar a Loma Bonita y Boca de Chajul, lugares donde existían pequeños asentamientos de antiguos trabajadores de las monterías y expediciones madereras del siglo pasado.⁵ En estas incursiones se fundaron los ejidos El Pirú, Boca de Chajul, Playón de la Gloria, Galacia, Flor del Marqués, A. López Mateos, Tlaltizapán, que después se transforma en Reforma Agraria, Zamora Pico de Oro, Quiringuicharo y Benemérito de las Américas 1ª y 2ª sección.

⁵ Jan De Vos, 1994. *Oro Verde*. Fondo de Cultura Económica. 1ª reimpresión. México.



Corrientes de población en la Selva Lacandona entre 1954 y 1981, INEISACH, Tomo I, Chiapas, 1992.

Muchas historias hacen hoy de Marqués de Comillas una región más interesante, de ellas me permiti rescatar una parte de una entrevista con Pedro Corro, a quien conocí en mi estancia en Quiringuicharo. En ella se deja ver un primer proceso migratorio, bajo cuenta y riesgo de los que se aventuraban, sólo apoyados en la información que escasamente proporcionaba el Departamento Agrario.

"En el caso de nosotros yo tenía alrededor de trece o catorce años, en Tuxtepec, Oaxaca, había una gente que estaba formando un grupo para solicitar tierra, más bien no para solicitar sino para tomar posesión de tierras de aquí de Marqués de Comillas. Había unas órdenes de ejecuciones de resolución presidencial que eran de Tlahualilo, Durango, concretamente lo que es hoy Benemérito de las Américas, en ese tiempo las gentes que hicieron la solicitud que en aquellos tiempos era al Departamento Agrario eran como colonias no como ejidos, como

Nuevos Centros de Población, o sea que esta solicitud dilata desde el 59. En 1962 se publicó la Ley de Colonias y se constituye Nuevos Centros de Población entonces lógicamente las personas que habían hecho la solicitud como colonias que eran las de Tlahualilo, Durango, pues al paso de tantos años de estar solicitando las tierras muchos optaron por desistir y se fueron a los Estados Unidos, y quedaron alrededor de veintidós gentes, las cuales trataron de reorganizar otra vez el grupo. La solicitud de Benemérito de las Américas era para treinta y cuatro mil hectáreas para seiscientos ochenta capacitados. Entonces buscaron gentes de diferentes lugares, entonces en Tuxtepec no sé como habrá llegado al conocimiento de algunas personas de ahí pero se empezó a organizar un grupo, entonces nosotros entramos a ese grupo y llegó un momento de que nos dijeron los que estaban como directivos de que ya el gobernador había dado la anuencia para que se entrara a tomar posesión de los terrenos y había que venirse para acá, Nosotros nos venimos pero a ojos cerrados no sabíamos cómo estaba la situación en Chiapas, concretamente en Marqués de Comillas.

Venimos un grupo de veintidós gentes, venía una mujer, era la esposa de Carrillo que todavía vive en Benemérito, era la única mujer los demás éramos varones. No todos éramos adultos, el más chamaco era yo de trece o catorce años. No conocíamos, alquilamos una camioneta, nos venimos a Pénjamo (Tabasco) no había carretera de Palenque a Marqués, entramos por lo que hoy es el Valle de Santo Domingo hasta Lacanjá porque ahí era donde llegaba la carretera, de ahí tuvimos que caminar por cinco días a pie por veredas enmontadas que habían usado las compañías madereras en la temporada de seca, era un poco transitable; por ahí salían los chicleros, pero llegaba antes de lo que actualmente es el cruce a Bonampak por ahí termina la vereda, de ahí eran puros caminitos de los Lacandones. Por esa vereda fuimos a salir a ese lugar que se llama todavía Agua Azul donde está el encajonado

de Agua Azul. Agua Azul no era otra cosa que una pista de un campo aéreo que había sido de los chicleros y había una casa que había sido campamento de los madereros, cuando se fueron los madereros quedó como campamento de los chicleros, era lo único que había entonces. Esa vereda nos llevaba a ese lugar que ya es frontera con Guatemala ya estaba a la orilla del río Usumacinta. Entonces no existía lo que hoy es Frontera Corozal que anteriormente se llamó en la época de Luis Echeverría, Frontera Echeverría, no existían esos reacomodos.

Ya de ahí si tenías suerte de que estuviera el señor que vivía en esa casa que tenía un motor de seis caballos, si tenías suerte y dinero, imagínate para subir con ese motor en el encajonado de Agua Azul.⁶ En la temporada de lluvias, nos íbamos por la orilla agarrándose de los bejucos, empujándose con el remo o canaleta, pero subía uno, hasta la primera sección de Benemérito, pero si no, seguías caminando por la rivera del río, río arriba hasta llegar donde estaban los michoacanos, Juan Villaseñor, entonces ellos nos hacían el favor de pasarnos en un cayuco para el lado de Guatemala porque ahí se perdía el camino por el lado de México, entonces te pasabas para el lado de Guatemala y caminabas por la rivera del río hasta llegar al frente de lo que es hoy la primera sección de Benemérito de las Américas.⁷

Entonces nuestra forma de trabajo pues era de que trabajábamos una semana aquí en México desmontando a hacha y machete y una semana trabajábamos del lado de Guatemala porque a los ocho días nos dimos cuenta que había unos guatemaltecos que venían periódicamente a hacer el trabajo, venían hacían su tumba.⁸ estaban unos quince días o un mes, desmontaban un pedazo y se regresaban a

⁶ Zona de rápidos en el río Usumacinta.

⁷ Actualmente uno de los dos municipios de la Región Marqués de Comillas, elevado a esa categoría en el gobierno del interino, del interino, Roberto Albores Guillén.

⁸ De roza, tumba y quema, método de cultivo tradicional

Sayaxché⁹ o a la capital, su lugar de origen y ya al tiempo de la cosecha volvían a regresar. Cuando ellos regresaban venían con su cayuco cargados con víveres entonces nosotros nos íbamos a trabajar con ellos, cuando estaban ahí trabajábamos una semana de aquel lado y una de este lado en aquel tiempo el quetzal era de \$12.50 entonces ellos nos pagaban los .40 centavos de quetzales, venían siendo \$5.00 pesos diarios por picar, arrancar frijol, desmontar, por cualquier chamba y esto nos lo pagaban con mercancías, jabón, azúcar, aceite que era lo mas indispensable. Esto demoró hasta que se hizo la primer cosecha, después nos repartimos los productos de la cosecha entre todos los que habíamos, me acuerdo que nos tocó de a dos costales de maíz porque nosotros llegamos en noviembre y es una fecha fuera de temporada de cosecha entonces el maíz no nos salió muy bueno que digamos. Después de haber repartido la cosecha ya optamos por buscar cada uno de nosotros lo que más adelante queríamos y era nuestra parcela.

Había en lo que se conoce como el Caoba, aproximadamente a media hora en lancha rápida río arriba, unos cinco kilómetros antes de llegar al Río Pasión a lo que hoy es Pipiles¹⁰, ahí vivía una familia en dos o tres casitas. En El Tigre, en la mera Boca de Lacantún estaba Pedro Sánchez un tipo que tenía años de vivir ahí, de hecho nació ahí.

Como al mes nos quedamos seis, se regresaron todos los demás, no aguantaron. Así estuvimos dos años. En él termino de dos años llegamos a ser alrededor de doscientas gentes. Supuestamente nosotros teníamos que llenar el requisito principal que era el de ser seiscientos ochenta gentes para que se nos ejecutara la resolución presidencial, pero ya para esto cuando ya éramos doscientos ya iba tomando forma; ya no era la casita de vara en tierra que estaba ahí nada más donde vivían veintidós gentes si no que ya iba tomando forma

⁹ Población importante del Petén, Guatemala, comunicada a México por el río Pasión que desemboca en el Usumacinta

¹⁰ Lugar en territorio guatemalteco, donde se ubica un importante destacamento militar.

de poblado entonces nosotros pensamos la posición de la legalidad de la tenencia tierra, supuestamente las gentes que estaban como directivo eran gentes que aparecía en el periódico oficial pero estas personas vivían en México.

A los dos años, al ver que no había nada, entonces ya en alguna reunión fui el encargado de ver cómo estaba lo de la tenencia de la tierra, entonces ya me tocó a mí salir, me voy a México y sí, efectivamente estaba el expediente en el Departamento Agrario, entonces es cierto había orden de ejecutarse la Resolución presidencial, pero en Chiapas la Delegación Agraria nunca dio la orden, por el contrario en algunas ocasiones que yo fui a ver cómo estaba el expediente pues nos trataron muy mal al grado que nos quisieron meter a la cárcel, que eran instrucciones del señor gobernador, que sólo fueran (colonizadores) del estado de Chiapas.

Ese fue el más grande de los problemas que tuvimos nosotros en aquellos tiempos en cuanto a la tenencia de las tierras, por decir, ahora tú en estas circunstancias llegas y te posesiones de un terreno en el que no tengas autorización por las autoridades correspondientes lógico es que inmediatamente llegue alguna autoridad y te saque, en aquel tiempo no teníamos ese problema porque simplemente no había quien entrara allá, el ejército estaba porque era frontera y tenían que estar ahí seis meses y a los seis meses hacían cambio y se regresaban y quizás el que tenía la oportunidad de no volver jamás ya no volvía así que los únicos que estaban ahí éramos nosotros" (Pedro Corro).¹¹

Otra vía de llegada a la rivera del río Lacantún, era por Comitán. Una de las localidades que actualmente es un referente en cuanto a organización local es

¹¹ Entrevista realizada en Palenque, marzo de 1990.

Reforma Agraria. Un personaje central de esta comunidad es Luis Hernández, líder nato, de los principales promotores de la Unión de Ejidos Julio Sábines Pérez.

Dos horas río arriba de Quiringuicharo, lugar donde inicié mi trabajo en salud, se encuentra Reforma Agraria, por ahí entre consulta y consulta, disfrutando del Lacantún y de las tardes lluviosas, Luis Hernández me contaba su historia:

Nos enteramos por terceras personas que había una parte de Chiapas que se estaba colonizando y que había posibilidades muy amplias, ya que era un lugar nuevo y se trataba que hubiera una pequeña colonia de pequeños propietarios, ése fue nuestro interés por llegar a la zona y esto fue más o menos en 1975 - 76 que nosotros tuvimos conocimiento.

A 40 kilómetros de Tuxtepec, Oaxaca, vivíamos nosotros, después de que tuvimos un problema agrario de invasiones de un pedazo de tierra que tenía nuestro padre buscamos a la persona que nos habló sobre la colonización de Chiapas y de ahí fue que venimos a vivir aquí. Nos informó un comprador de Chaya, de Arriaga, por él fue que supimos que era en la Selva y que para llegar ahí era bastante difícil, y sólo por medio de unos guías o algunos vuelos que se podían conseguir sólo en Comitán, y que aterrizaban en la pista de las playas (del río), que era la única posibilidad, así fue que nos decidimos al no tener nada, y con todo y familia salimos a fines de marzo y ya llegamos a donde es Marqués de Comillas el 11 de abril del 76.

Salimos de Tuxtepec el 30 de marzo y llegamos a la selva el 11 de abril, fueron siete días caminando más los que estuvimos por tierra ya que nos quedamos un día en Arriaga, de ahí nos salimos a Comitán, de ahí

llegamos a Santa Elena y en Santa Elena empezamos a caminar, en siete días hicimos el camino pues con todos los niños, las tres horas que se hace normalmente las hicimos en un día caminando lentamente.

La referencia que nosotros teníamos era de localizar al señor Carmona que era un teniente retirado del ejército y pues el estaba haciendo una colonia de pequeños propietarios.

No teníamos guía porque la persona que llegamos buscando en Comitán que nos habían recomendado andaba precisamente en la Selva, su nombre era Miguel Palacios que también estaba ingresado, allá nos lo encontramos. Y de informe nada más nos decían de dónde podíamos salir, así fue que llegamos a Santa Elena y de ahí Pacayal y de Pacayal a Santo Domingo y así nos venimos guiándonos pueblo por pueblo. Preguntábamos para seguir adelante, fuimos tocando así poblaciones. Antes de llegar a Flor de Café llegamos a un lugar que se llama el Corozo del lado de Guatemala porque casi quedó sobre la línea y del Corozo nos pasamos a Flor de Café aquí nos quedamos un día y de ahí llegamos al Ixcán. Eran unas veintitantos personas que vivían en el lugar pero aparte de Ixcán le conocen como la Piedra porque creo que Ixcán es el campamento de soldados.

Pues de ahí nosotros bajamos en balsa, construimos unas embarcaciones, fueron siete, bajamos hasta llegar también guiándonos sin conocer. Éramos conocedores del manejo de esas embarcaciones y pusimos unos guías por delante, en una embarcación pequeña, como unos quinientos metros de ahí para que nos diera tiempo de orillarnos. Ellos nos hacían señas para dónde teníamos que orillamos de acuerdo a la corriente del río y así fue como libramos una serie de caídas feas. Si (hubo) un pequeño accidente, yo llegué sin zapatos porque mis zapatos venían en la balsa de los guías y se volcó, y se fueron mis cosas, fue todo el accidente que tuvimos.

Salimos a la una de la tarde de Ixcán el día diez y llegamos a dormir enfrente de la desembocadura del río Chajúl, habían tres familias ahí y logramos conseguir que nos regalaran maíz, ya no traíamos dinero, los víveres se nos habían acabado en el camino, de ahí al otro día salimos sin alimentos porque nos dijeron que estaba cerca a donde íbamos, posteriormente pasamos enfrente de Galacia ahí con los trabajadores había una familia, de ahí llegamos donde era la Isla lo que es ahora López Mateos ahí nada mas había una familia del trabajador de ese señor Miguel Palacios que tenía un cachito ahí. Hasta ahí llegaba Tlaltizapán,¹² y fuimos llegando a Tlaltizapán como a las seis de la tarde lo bueno que estaba el teniente Carmona quien dirigía, platicamos con él y nos dio cabida, ahí hicimos un compromiso de pagarle cinco mil pesos por derecho, eran cien hectáreas lo que el estaba tramitando como pequeñas propiedades. Nada mas había dos familias, como seis personas en ese lugar.

Pues ahí estábamos como diez familias de los cuarenta que veníamos. Entonces hicimos un compromiso de pagarle con trabajo o sea con mano de obra porque llegamos sin dinero. Adquirimos en un principio ocho parcelas.

Después empezamos ahí, de hecho el señor ya tenía repartida su colonia con cien socios, diez mil hectáreas, abarcaba desde la desembocadura del Tzendales¹³ hasta el límite de Galacia, arriba del poblado López Mateos, hasta la desembocadura del Manzanares,¹⁴ todo eso era la tierra que tenía, ya marcado el terrateniente este. Habían gente ingresado de Veracruz, del D.F., del gabinete de Luis Echeverría. A nosotros nos dio parcelas muy retiradas del río, no tuvimos de hecho donde trabajar, no pudimos conocer las parcelas hasta que no se hicieran los fraccionamientos, tuvimos que empezar a trabajar prestado

¹² Nombre original de lo que fue después Reforma Agraria.

¹³ Río que nace en el corazón de la selva Lacandona y desemboca en el río Lacantún.

¹⁴ Arroyo que nace al interior de Marqués de Comillas y desemboca en el Lacantún.

hasta que por fin empezamos a presionarlos que no llegaba la gente y nos dieron una parcela en el río, ahí en Tlaltizapán llegamos a construir sobre sesenta casas y después llegaron más de sesenta gentes, la mayoría eran paisanos de nosotros.

La única comunicación que teníamos era por las avionetas que iban a buscar tortugas, gentes de Tenosique sobre todo y compraban tortugas ahí. Hubo saqueo de tortugas en esa época.” (Luis Hernández).¹⁵

La historia con el teniente Carmona no dura mucho, con la llegada constante de los oaxaqueños la presión cada vez fue mayor, y la posibilidad de mantener el control de las tierras bajo el argumento de la posible llegada de los demás socios no fue suficiente. Así tuvo que renunciar. Después los nuevos colonizadores se reinstalaron unos kilómetros más al centro de su dotación ejidal, siempre a la orilla del río, y cambiaron el nombre por el de Reforma Agraria.

Sin duda, Tomás Canseco es parte importante de la historia política de Marqués de Comillas, formado en cuadros priistas de la costa Chiapaneca, bajo la dirección de Manuel De la Torre en la década de los setenta.

Apoyado por De la Torre, y con la idea de buscar nuevos horizontes, Tomás Canseco llega en los últimos grupos que colonizan la rivera del río Lacantún, específicamente a Zamora Pico de Oro. A él corresponde la siguiente entrevista realizada en julio de 1990:

¹⁵ Entrevista en el ejido Reforma Agraria, una tarde de abril del año 1990.

Llegamos en 1980, nos dimos cuenta en el 79, el asunto fue por unas invasiones que hubo en Tapachula, a raíz de eso nos fuimos al Departamento Agrario para ver lo de los compañeros que habían sido desalojados, nos dijeron que si queríamos tierra que había en Marqués de Comillas, nos enseñaron un trazo grande y sin conocer nos dijeron qué queríamos; Benemérito de las Américas, Quiringuicharo, Pico de Oro. Y por el nombre pegajoso, Pico de Oro me gustó.

El problema en Tapachula fue por la falta de tierra, sólo unos tenían tierra y había muchos problemas y nos venimos para acá, el 9 de mayo de 1980. Lo que buscamos en Marqués de Comillas era libertad social como campesinos, trabajar la tierra, hasta hoy somos los únicos que hemos abierto las tierras al cultivo, su servidor tiene 20 hectáreas de tierra cosechada. Así fuimos como 36 de Tapachula.

Llegamos en lancha, subimos por Frontera Corozal y tardamos dos días para subir de río a río (del Usumacinta al Lacantún) no había muchos motores de lancha, con trabajo tenían una lancha y así fue que venimos y llegamos a Marqués de Comillas. Había 62 personas en Pico de Oro, de Guerrero, Tabasco y Sinaloa."

En su reporte de visita y seguimiento por parte de la entonces Secretaría de Programación y Presupuesto, Macías, Marroquín y Michel, mencionan los ejidos que dentro de este primer bloque de colonización se instalaron en la ribera del río Lacantún.

Ejidos asentados sobre la margen derecha del río Lacantún, que son (de Suroeste a Noreste):

Boca de Chapul; Playón de la Gloria; Galacia; Adolfo López Mateos; Reforma Agraria; Zamora Pico de Oro; y Quiringuicharo.

Entonces mencionaban que “Estos ejidos, junto con Benemérito de las Américas,¹⁶ son los asentamientos de mayor antigüedad en la zona, hasta 20 años, tienen una situación agraria -resolución, ejecución, deslinde- definida y todos pertenecen a la unión de ejidos Julio Sabines Pérez.” La ubicación del poblado Benemérito de las Américas como puerta de la zona y su carácter pre urbano, la amplitud de su territorio y la compleja problemática, dan a Benemérito un carácter peculiar que lo diferencia del resto de la zona.

1.4.2. El segundo proceso

Un segundo bloque migratorio se da a partir de 1984, éste promovido por el gobierno de Chiapas, con campesinos provenientes de los municipios de Huitiupán y Simojovel, quienes se vieron afectados por la construcción de la presa hidroeléctrica Itzantun. Como salida a la presión social por el desplazamiento de los campesinos se ofrece la posibilidad de reacomodar a los desplazados en la región de Marqués de Comillas, específicamente en la franja fronteriza al sur colindante con Guatemala. Tres ejidos de reciente creación son seleccionados para este proceso, Roberto Barrios, Quetzalcóatl (entonces conocido como Torres

¹⁶ “Benemérito de las Américas, uno de los primeros de la zona (aproximadamente 20 años) se asienta al norte de Marqués de Comillas y sus terrenos (30,000 has) van del río Lacantún por el oeste al río Chixoy – Usumacinta en el oriente hasta la unión de ambos en el extremo norte, límite natural de la zona. La cabecera o centro urbano del ejido se asienta en la margen izquierda del Usumacinta”. Programa de Reasentamiento de Campesinos Originarios de la zona de Itzantun en la zona Marqués de Comillas, Macías, Marroquín, Michel, reporte de visita, julio 1984.

Landa) y Flor de Cacao,¹⁷ con una superficie cercana a las 30,000 has, aproximadamente el 15 por ciento de la superficie total de Marqués de Comillas.

Teniendo como vía de acceso la nueva carretera de Palenque hacia la boca del río Lacantún para continuar por la vía fluvial, por el río Usumacinta, en mayo de 1984 se realiza el traslado de los primeros 158 desplazados al ejido Flor de Cacao. La poca población que habitaba estos ejidos ya los esperaba, de hecho solicitaron ser parte del Programa de Reasentamiento, consideraban importante aumentar la población requerida según al dotación ejidal.

Como parte de la oferta a los nuevos colonos, el gobierno del estado les ofreció apoyo con alimentos (maíz, frijol, arroz, azúcar, aceite), en tanto transcurriera un tiempo razonable para sembrar y cosechar, además de los insumos necesarios para iniciar este ciclo. En cuanto a vivienda, se les apoyó con láminas y algunos otros materiales para limpiar los solares y construir una pequeña habitación, con piso de tierra y paredes de caña o en el mejor de los casos tablas.

Aún cuando el Programa de Reacomodados estaba bajo la dirección de la entonces Secretaría de la Reforma Agraria, esta no trabajó de forma oportuna, haciendo la distribución parcelaria y los deslindes correspondientes así como la

¹⁷ Programa de Reasentamiento de Campesinos Originarios de la zona de Itzantun en la zona Marqués de Comillas, Macias, Marroquín, Michel, reporte de visita, julio 1984.

regularización del censo agrario, incluyendo a los nuevos ejidatarios reasentados, por supuesto antes de que estos llegaran.¹⁸

En suma, lo anterior dio pie a que la población que ya existía en estas localidades, los que por cuenta propia y con muchos esfuerzos habían llegado anteriormente, reclamaran apoyos y atenciones similares, de ahí una serie de inconformidades y actitudes que originaron diferencias, a la postre políticas.

Luego de estas incursiones vinieron otras que permitieron poblar en poco tiempo toda la franja fronteriza, tomando forma en las comunidades de ejidos asentados sobre la margen izquierda del Río Chixoy o Salinas que son (de Sur a Norte): Flor de Cacao; Quetzalcóatl; y Roberto Barrios.

Estos 3 últimos ejidos para 1984 tenían su situación agraria ya resuelta, nacieron como un solo ejido que más tarde se escindió en tres: tenían una antigüedad de 4 a 5 años.

Los asentamientos "interiores" colindantes son: Benito Juárez; Nuevo Chihuahua; Reforma 2000. El primero es un ejido provisional más ligado comercialmente y por acceso con Benemérito de las Américas; el segundo (único de esta unidad que se asienta sobre la carretera fronteriza) contaba ya con resolución presidencial; el tercero es un asentamiento apenas en proceso de formación con no más de dos meses de existencia (octubre de 1985).

¹⁸ *Ibidem.*

Los asentamientos de esta unidad junto con Benemérito de las Américas son quienes presentan la conflictiva interna más aguda, con excepción, al parecer, de Benito Juárez.

Línea Fronteriza: que se integra con siete asentamientos, estos son (de Este a Oeste): Arroyo Delicias; Nuevo Orizaba; Nuevo Veracruz; Francisco J. Grajales Nueva Unión; Santa Rita; y El Pirú.

El primero y el último, ejidos ya regularizados en 1984 (dotación, deslinde); los restantes son asentamientos provisionales en los que apenas se estaban realizando los estudios técnicos informativos. En todos ellos, los terrenos dotados o en proceso de gestión colindan con Guatemala.

1.4.3. Un tercer proceso de colonización

Podría hablarse de un tercer periodo migratorio, que se desarrolla más lentamente, de forma espontánea y que tiende a cubrir la zona central de Marqués de Comillas, una de las más difíciles porque se sabía estaba condenada a estar aislada. Las localidades que se ubican en este lugar son: Nuevo San Isidro; América Libre; José López Portillo; Belisario Domínguez; La Victoria; Nuevo Paraíso; Emiliano Zapata; y Flor de Marqués de Comillas (en proceso de formación). Todos ellos ejidos provisionales, los primeros 5 son también miembros de la Unión de Ejidos Julio Sabines Pérez.



1.4.4. Los refugiados guatemaltecos

Uno de los fenómenos con mayor relevancia en la región lo constituye la llegada masiva, hacia 1981-1982, de campesinos guatemaltecos que buscaban refugio en territorio mexicano debido a la grave situación en el vecino país del sur. Los refugiados se constituyeron indudablemente en uno de los pilares más importantes del desarrollo económico de algunas poblaciones -sobre todo de las situadas en la rivera del Río Lacantún- al permitir la generación de excedentes agrícolas, en

virtud de constituirse en mano de obra prácticamente gratuita para los campesinos de la zona.

A la salida de los refugiados, del grupo mayoritario durante 1984, ya que algunos se negaron a salir, se hace evidente un estancamiento en la producción que poco a poco intenta ser remontada por el empleo de nueva mano de obra, ahora facilitada por campesinos recién llegados a la región, sobre todo en las nuevas poblaciones de la vertiente del río Salinas y área fronteriza,¹⁹ lo que marca una tendencia hacia una primera diferenciación social en la región.

Lo primero fue el impacto emocional de que se supo que iban a llegar al ejido mil gentes, se moría uno diario, y el problema de los centroamericanos fue que el gobierno federal se dio cuenta a los tres o cuatro meses de que habían llegado, nosotros inclusive teníamos un libro grande y grueso donde todos los centroamericanos ponían su huella y les dimos una carta que yo firmaba. Los que estaban cercanos a Gobernación arreglaban sus papeles.

En esos días habían varios problemas en otros países, veíamos que se arrimaban unos helicópteros de Guatemala, entonces les hicimos una colonia y le dijimos al comisariado que les diera un terreno, ahí un kilómetro más adentro. Si llegaba la justicia nos iban agarrar a todos parejos por eso los apartamos.

Acabaron parejos con nosotros, entonces platicábamos con ellos y luchamos por ellos, pero esa era una de las cosas muy graves, además si nos trajeron cosas buenas los centroamericanos, como algo de las cosas buenas fueron los albañiles, carpinteros, nos enseñaron a hacer

¹⁹ Los también desplazados de Huitiupán y Simojovel, básicamente indígenas.

lanchas. Lo malo es que trajeron muchas enfermedades, entonces no había hepatitis viral, no había sarna y después todos nos enfermamos, también trajeron una depredación ecológica porque ellos tumbaban mucho; la iglesia católica y la ONU nos pidieron en asamblea si le dábamos terreno, dijimos que se tomara 50 hectáreas y un grupo de 10 tumben y hagan milpa, y si se hicieron como 300 o 400 hectáreas simplemente nada más por eso, de allí al tiempo se paró y vimos el asunto a nivel Reforma Agraria, a nivel SARH²⁰ y nos dijeron que no estaba bien, nos dieron la orden de parar, ese día se paró y llegamos a unos convenios con el gobierno federal que ya no era posible que siguieran.

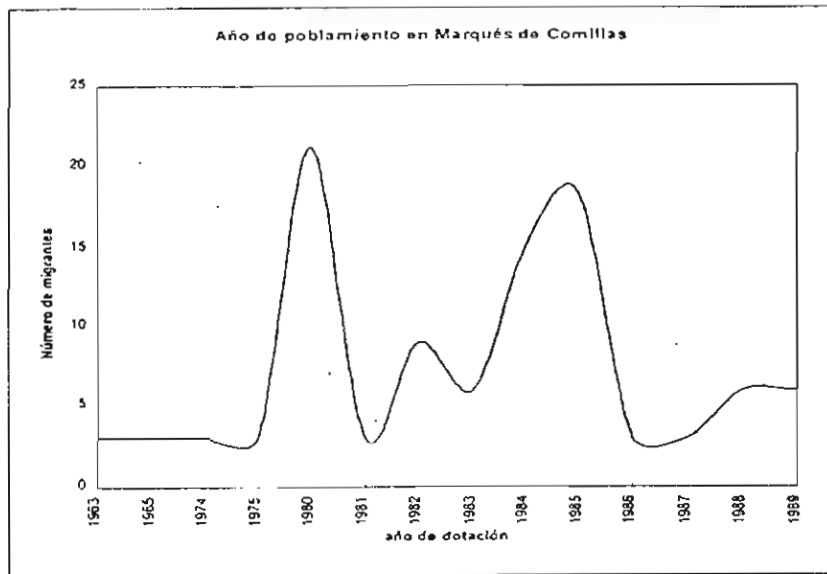
Ahora, los conflictos más graves que a mi me tocó verlo después de haber sido comisariado, fue cuando Gobernación quería que sacáramos a toda esa gente porque ya era mas difícil mantenerla, ya no había cangrejos, iguana, ya se estaba acabando el pescado, solo en Pico de Oro habíamos 2,100 personas y refugiados eran 18,000 en la zona, nos doblaban y hubo muchas muertes” (Tomás Canseco, 1990).

En general, este fenómeno migratorio trae a la región campesinos provenientes de otros estados de la República como Tabasco, Michoacán, Sinaloa, Puebla, México, Guerrero, etc., y del mismo estado de Chiapas, de municipios como Simojovel, Carranza, Huitiupan, con el consecuente asentamiento de 32 nuevos poblados y el inicio de una explotación intensiva de la Selva; sin un programa de poblamiento y dotación de servicios, planificación urbana, ni de producción, lo que originó graves desigualdades en la región, una deforestación de grandes proporciones, baja productividad agrícola y pecuaria, mínima asistencia para la

²⁰ Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos

comercialización, carencia de servicios básicos como salud, educación, vivienda y abasto de alimentos básicos entre otros.²¹

Poblamiento en Marqués de Comillas.



Fuente: Datos obtenidos en la Secretaría de Reforma Agraria.

En la Figura podemos apreciar que el proceso de poblamiento se consolida principalmente en dos décadas aunque la mayor apertura se da entre 1975 - 1981 y de 1983 - 1986 donde se muestran los más importantes flujos de ingreso poblacional

A partir de 1984, el Estado inicia acciones para regularizar la situación de la región a través de un programa de desarrollo, al que se destinaron recursos importantes para diferentes programas; entre ellos el cambio de uso del suelo que busca adecuar la producción a la vocación del suelo, de hecho poco apto para la agricultura extensiva; sustituyendo ésta por el cultivo de especias de sombra como cacao, cardamomo, canela, y por la explotación de especies maderables. El proyecto de deslindes, cuyo objetivo es regularizar la tenencia de la tierra a través

²¹ Programa de Salud Comunitaria para Marqués de Comillas, diagnóstico en 1986.

de la definición más precisa de los límites interejidales; el de apoyo a la comercialización a través de la dotación de lanchas a algunas poblaciones para el transporte fluvial y abasto a partir de la instalación de tiendas rurales y bodegas de almacenamiento Conasupo en varias localidades. Además se iniciaron programas sobre, Mejoramiento de la Vivienda Rural y construcción de Unidades Médicas Rurales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Así también, en el 81 -- 82 nos dio la oportunidad de tener la telesecundaria y primaria completa, últimamente después empezamos a sentir, a mediados del sexenio del General Absalón Castellanos, que se nos estaba cortando la ayuda, aunque llegaron otros tipos de ayuda, se nos dio el molino, el taller de carpintería, salón de costura, que fueron buenos, también el caso de los doctores por parte del INI (Instituto Nacional Indigenista) y COPLAMAR (Tomás Canseco 1990).

CAPÍTULO II

LA VIDA EN MARQUÉS DE COMILLAS

Marqués de Comillas es un potencial eso es lo que sabemos nosotros, la frontera es un lugar de vital importancia para el gobierno federal, para la soberanía nacional.
(Tomás Canseco, 1990).

2.1. Dinámica social

Los mismos procesos de colonización, que aunque diferenciados entre el espontáneo y los dirigidos, fueron los que definieron el desarrollo socioeconómico y político de Marqués de Comillas. La ventaja siempre la llevó el primer bloque, el espontáneo, en todos los sentidos. La necesidad y la iniciativa de buscar un futuro diferente les motivó de tal forma que enfrentaron todos los obstáculos, lo mismo los elementos naturales, que la distancia y la adversidad. La decisión era de ellos. Con tal claridad, iban con la tarea de trazar su propio camino.

La llegada a la región por la vía natural de los ríos les hizo instalarse en las tierras más productivas y tener bajo control la única vía de acceso natural. Ignorantes de la vida en la selva, tienen como única tarea limpiar una pequeña área para vivir y para los cultivos básicos: maíz y frijol. No es hasta la llegada de los refugiados guatemaltecos, en 1979, cuando el gobierno mexicano presta

atención hacia esa región y con ello, apoyo y subsidios. Hasta entonces se tenía todo y nada. Una gran extensión de hasta 50 hectáreas por ejidatario, pero nada de recursos para trabajarla. Sin comunicación, aún entre el caserío y la parcela era fácil perderse en la selva.

Eran los tiempos de la guerra, de una "guerra ajena" pero cercana, vecina en una Centroamérica, en una Guatemala y un Salvador, países que vivían años de cruentos combates entre fuerzas rebeldes guerrilleras y ejércitos regulares.

El proceso de asentamiento de la población no fue fácil, los primeros pobladores se instalaron en la ribera del río Lacantún, en su mayoría tuvieron una dinámica poblacional de corta permanencia, con familias que en promedio permanecían tres a cinco años y que ante la dificultad de adaptarse, optaban por buscar nuevos horizontes. No son pocos los casos de jefes de familia que llegaron engañados, con el imaginario de poseer 50 hectáreas, en una zona altamente productiva, con suficiente agua y aunque distante, en el mapa y en kilómetros no parecía tanto. Así, no sólo había agua, sino que en abundancia.

Casos como el del ejido Galacia cuentan que inicialmente se asentaron a la orilla del río y en una creciente se inundó de tal forma que sólo tuvieron opción de adentrarse 4 km, mismos que en un sentido estricto no significan mucho para una población campesina acostumbrada a caminar trechos regulares, no así en la selva, donde la posibilidad de caminar en línea recta se complica por la red de árboles, enredaderas, zonas pantanosas inundadas y arroyos.

La posibilidad de poseer las 50 hectáreas era real, de las cuales debían trabajarse 30 de manera personal y 20 en colectivo. Sumado a esto y por la necesidad de alcanzar y cerrar el grupo ejidal, se incluían en las listas menores de edad y esposas, lo que en algunos casos hacía que un jefe de familia tuviera que ver por 400 hectáreas. En este mismo desorden, permitido por las autoridades, se fueron parcelando los espacios sin el debido rigor, considerando sólo aquellas áreas planas, dejando zonas pantanosas, terrenos accidentados e incluso considerando más de lo debido. Luego a esta voracidad, a esta imperiosa necesidad de sentirse poseedores de algo, que no era poco para miles de personas que antes de llegar no tenían nada, venía la impotencia y la incapacidad de encontrarle el uso correcto a la tierra. Junto a esto la necesidad de sobrevivir, de tener un mínimo excedente para comprar un poco de sal, azúcar o aceite a los comerciantes guatemaltecos, que vía los ríos Pasión, Usumacinta y Lacantún circulaban por las "Tres Naciones". Así, una opción vino a ser el tráfico de pieles y animales exóticos, (guacamaya, tucán, tortuga, jaguar, cocodrilo, mono araña), actividad que ya se venía desarrollando, controlada entonces por los militares asentados en la región.

Así pues, con la parcela no había otra opción que tumbar la selva y sembrar pasto para crear potreros, apuntando hacia la ganadería extensiva. Luego, poco a poco, y cada vez en aumento, el cultivo de enervantes y el tráfico de drogas tejó sus redes y ganó un importante lugar en la región.

Una primer tarea de cada grupo asentado fue tener las mínimas condiciones para el espacio habitacional, el área urbana, donde cada ejidatario podía tener un espacio de 2,500 metros cuadrados (50 x 50) para construir su casa. Estas dimensiones hacían que muchas de las casas se “perdieran” entre árboles y maleza (acahuales). Las construcciones se hacían de madera, en muchos de los casos de caoba o cedro, con techo de guano (palma), el piso por lo general era de tierra, aunque en algunos casos también se usó madera.

La alimentación, aunque limitada por el maíz y frijol, siempre tuvo la alternativa de la caza de animales como el tepezcuintle y venado principalmente, y por otro lado ante la cercanía del río, la pesca, logrando ejemplares de importante tamaño de mojarra, macabil o tortuga.

La adversidad venía de la propia naturaleza, de un ambiente caluroso húmedo, con temperaturas de hasta 40 grados centígrados en temporadas de abril a junio, sin que descendiera mucho durante el resto del año. Con una temporada de lluvias de hasta 9 meses al año, con semanas enteras en las que no dejaba de llover, lo que obligaba a que las labores del campo se limitaran a ciertos meses, y a jornadas de trabajo desde el amanecer, para impedir llegar al mediodía, cuando el sol está en su plenitud.

Propios de este ambiente estaban los insectos, de todos tipos y en abundancia, que literalmente parecían nubes que se lanzaban al paso de

cualquier intruso en la selva. Con ellos, una serie de enfermedades también propias de este ambiente tropical.

Un peligro latente lo representaban las serpientes, que de las diferentes variedades, la nauyaca y el coralillo eran las responsables de algunas muertes y aunque epidemiológicamente no significaban mucho, socialmente el impacto era muy fuerte, por una parte porque no se conocía la capacidad ni comportamiento de estos reptiles, y por otra porque no había mucho que hacer, solo experimentar con algunos remedios caseros y esperar, o bien iniciar una largo viaje para buscar ayuda en algún centro hospitalario, en muchos de los casos, en Cantabal, Guatemala o Sayaxché, en el nortero departamento del Petén, que resultaban más cercanos.

Entonces la vida en la selva consistía en tratar de entender los periodos de producción, siempre definidos por la lluvia, siempre experimentando. Era importante aprovechar los periodos pequeños de seca, para construir, salir por provisiones o bien pescar. Escaparse de estar en cama un par de veces al año por enfermedad era cosa de suerte. El día empezaba con el sol y así terminaba. Las noches, siempre llenas de moscos y calor, de abundante humedad o bien de temperaturas bajas en la madrugada. Las noticias del mundo exterior se podían escuchar a través de estaciones de radio guatemaltecas, pocas de índole internacional, las más de situaciones regionales. Por ellas se sabía del mes y el día, de los éxitos musicales, de los agroquímicos más "eficaces", de los predicadores más famosos, de los médicos y sus curas y también; del conflicto en

Guatemala, de la guerrilla que se enfrentaba al ejército, de las bondades del gobierno para alcanzar la paz, de las necesidades e intransigencias de la guerrilla y sus líderes, de la población indígena, pobre e ignorante, que se dejaba llevar por las mentiras de los rebeldes.

Poco tardó la población mexicana en conocer a los indios de Guatemala, víctimas de acciones militares del ejército guatemalteco orientadas a destruir las bases de apoyo de la guerrilla, masacraron comunidades enteras, obligando a otras a huir hacia la selva, incluso más allá de la frontera, hacia Marqués de Comillas, entre otras regiones. Asustados y sorprendidos, unos y otros, se vieron de la noche a la mañana.

Los principales asentamientos de refugiados guatemaltecos en Marqués de Comillas se dieron en la ribera del río Lacantún, en los ejidos Loma Bonita, Boca de Chajul, Playón de la Gloria, A. López Mateos, Reforma Agraria, Pico de Oro y Quiringuicharo. La mayoría de estos con una población promedio de 500 habitantes, doblaron su población con las familias en refugio.²²

Sin protocolos de por medio la población mexicana se prestó para dar ayuda a los recién llegados, asignándoles en todos los casos un espacio para su estancia y compartiendo la tortilla.

²² La Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR), documentó la presencia de campamentos de refugiados en estas localidades

En general algunos indicadores sobre economía, religión y educación (anexo 1) permiten ver una serie de contrastes: mucha tierra, limitada producción de básicos, una tercera parte de la población sin escuelas y al menos 7 religiones se hacían presentes en la población.

2.2. Los refugiados guatemaltecos

El carácter de asilo o refugio ha sido reconocido por la Convención de Ginebra desde 1951, a raíz de los numerosos casos donde las personas escapan de sus países amenazados y perseguidos a causa de sus ideas o actividades políticas.²³

Ciertamente, quienes llegaban a Marqués de Comillas por la frontera con Guatemala, venían huyendo de una de las peores represiones registradas en la historia de la guerra civil en ese país, donde el ejército guatemalteco masacró poblaciones enteras, de improviso, de noche, arrasando con fuego de fusilería todo lo que encontraban, con el propósito de derrotar al movimiento revolucionario y consolidarse por la vía de la fuerza ante un Estado en crisis.

Así, cada persona que llegaba hasta tierra mexicana, cargaba con el dolor propio de la pérdida de familiares; con la impotencia de saber a ciencia cierta si habían muerto o en su huida había tomado otro rumbo; con el horror de los gritos y voces calladas por el ruido de los disparos, de los niños, mujeres y hombres arrastrándose en la oscuridad en busca de algún refugio, viendo cómo los

²³ Sobre esta base se considera refugiado "a toda persona que debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opinión pública, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de su país . "

proyectiles pasaban por todos lados, viendo cómo las paredes de caña y madera no sirvieron de mucho.

Así, un despertar que podía haber sido como los anteriores, no lo era, ahora, parecía que se negaba a salir el sol y la pesadilla se prolongaba. A ello se sumaba el cansancio y hambre acumulados en días y noches de caminata, siempre con el temor de que al hacer un pequeño descanso fueran alcanzados, sin tiempo para nada, quizá en un trance psicológico donde la prioridad era huir, escapar, salir de esa realidad y la única opción, caminar.

Finalmente la travesía terminaba, llegaban a comunidades muy parecidas a las que dejaron atrás, el ambiente natural era el mismo y el temor de verse rechazados estaba diluido de tal forma que no pesaba mucho. Por otro lado, aunque de lejos, se venía dando un contacto entre las poblaciones, a través del comercio y en años atrás, al recibir a los primeros colonizadores como jornaleros de algunas fincas en Guatemala.

La condición humana y con ella sus respuestas, no siempre las más lógicas, explica cómo una población ajena por completo a un conflicto, en este caso la mexicana, desarraigada, sin ningún referente en términos de identidad con el entorno, viviendo en circunstancias por demás limitadas; pudo abrir su casa, compartir la tortilla y escuchar, escuchar una serie de historias, muchas de ellas inconclusas, todas llenas de dolor y tragedia. De esta forma se adoptaron, unos y otros.

Aun cuando las incursiones de refugiados guatemaltecos en territorio mexicano ya habían registrado algunos episodios importantes,²⁴ la presencia de organismos gubernamentales y no gubernamentales era nula, pasaron algunos meses a decir de la población, para que se hicieran presentes la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR), el Instituto Nacional de Migración (INM), El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR) y diversos Organismos no Gubernamentales (ONGs).

Para 1984, la COMAR tenía un registro de 46,000 refugiados guatemaltecos a lo largo de los 300 km de la línea fronteriza con Guatemala.²⁵ Para el caso de Marqués de Comillas, se calcula en 6,000 la población asentada, si bien no son muchos, fueron suficientes para duplicar la población que existía en ese entonces en esa región.

Durante 1984 y 1985 fueron reubicados 18,500 refugiados en los asentamientos de Quetzal-Edzná en Campeche y Maya-Tucun en Quintana Roo, quedando el resto de la población que no aceptó la reubicación. En Marqués de Comillas se calcula que quedaron cerca de 3,000 refugiados.

Conocedores de la selva, hombres y mujeres en refugio pronto dejaron ver sus capacidades y habilidades, justamente en tiempos que los colonizadores de Marqués de Comillas se movían como en una secuencia de relevos, llegando familias enteras y al cabo de algunos meses, o a los pocos días, regresaban y así

²⁴ Incursión del ejército guatemalteco al campamento de refugiados en Benito Juárez y Chupadero, en el municipio de Trinitaria, Chiapas, en 1982, dando muerte a siete personas.

²⁵ *Los refugiados guatemaltecos en México. Datos Básicos*. COMAR, 1986.

sucesivamente. Con una vasta experiencia, resultado de la vida en la selva Petenera y la misma adversidad, los refugiados conocían los tiempos precisos para la cosecha, la pesca, la navegación en ríos y la construcción de lanchas de madera, el uso de la motosierra, la carpintería, la apicultura, el uso de plantas comestibles, y en materia de salud, la partería, la herbolaria y la práctica médica ya en la persona de algunos promotores de salud. Vale señalar que en Guatemala se inicia un importante movimiento de salud popular durante los años setenta,²⁶ alcanzando un auge durante 1977 y 1978, años en los que la Academia de Ciencias Médicas de Guatemala, mediante una investigación, se da cuenta que el 45 por ciento de la atención primaria de salud en el país estaba siendo cubierta por promotores de salud y programas no gubernamentales.²⁷

Con este capital, los refugiados no sólo no representan una carga para la población que les recibe, pronto cubren la cuota correspondiente y ya dentro de la dinámica propia de la región, son la fuerza jornalera principal y un referente en la atención a la salud.

2.3. La organización política

Para 1984 existían 36 comunidades en la región de Marqués de Comillas, la mayoría agrupadas en dos organizaciones campesinas, ambas constituidas por líderes de filiación priísta, la primera formada a los pocos años de haberse dado el

²⁶ "Los primeros programas de salud comunitaria en Guatemala surgen en los años setenta, a consecuencia del activismo social de Acción Católica", pp. 27. María Luisa Cabrera, *Otra historia por contar*, Promotores de salud en Guatemala, Asociación de Servicios Comunitarios de Salud, ASECSA, Guatemala, 1995.

²⁷ *Ibidem*, pp. 37

primer proceso de colonización, luego de haberse instalado durante la ribera del río Lacantún, en 1975. La segunda, surge con posterioridad al segundo bloque migratorio.

Unión de Ejidos "Julio Sabines Pérez":

1. Benemérito de las Américas, 2. Zamora Pico de Oro, 3. Reforma Agraria, 4. Boca Chajul, 5. Quínguicharo, 6. Adolfo López Mateos, 7. Playón de la Gloria, 8. La Victoria, 9. Loma Bonita, 10. Roberto Barrios, 11. La Corona, 12. América Libre, 13. Arroyo Delicias, 14. El Porvenir, 15. Belisario Domínguez, 16. José López Portillo, 17. San Isidro, y 18. San Lázaro.

Unión de Ejidos "Fronteriza del Sur":

1. Nuevo Chihuahua, 2. Flor de Cacao, 3. Nuevo Reform, 4. Quetzalcóatl, 5. Nuevo Veracruz, 6. Nuevo Orizaba, 7. Francisco J. Grajales, 8. La Nueva Unión, 9. Santa Rita la Frontera, y 10. El Pirú.

Ejidos Independientes:

1. Galacia, 2. Flor de Marqués, solicitante, 3. Nuevo Paraíso, 4. Emiliano Zapata, 5. Tierra y Libertad, 6. Las Golondrinas, 7. Nuevo Comitán, y 8. Benito Juárez.

La lucha de estas organizaciones se centró básicamente en la gestión de recursos económicos y la demanda de servicios para sus diferentes agremiados. Otro elemento importante fue el seguimiento a los expedientes agrarios. La "Julio

Sabines Pérez" siempre estuvo a la vanguardia, por la misma lógica de haber iniciado primero, aunque también jugó un papel importante la capacidad de gestión de sus directivos. Aun cuando al interior no se veía una equidad en la distribución de los recursos, en términos generales las localidades de esta organización campesina tuvieron un mejor desarrollo que las que les siguieron.

En 1985, Macías, Marroquín y Michel, hacían el siguiente análisis:

La deuda que tienen las sociedades locales de crédito de las comunidades asentadas en la región del Lacantún, demuestra la existencia de un desarrollo desigual a nivel regional. De los \$284'787,200.00 el 49.1% lo deben las sociedades de crédito del ejido Zamora Pico de Oro. Los ejidos Boca de Chajul, Reforma Agraria, Quiringuicharo y Galacia deben el 16% y Adolfo López Mateo, Playón de la Gloria, América Libre y San Isidro, el 2.8%; el resto, 16.5% de la deuda, es de la Unión de Ejidos Julio Sabines Pérez, que en sus labores de gestión, consecución, control y administración ha requerido del crédito para construir los servicios de transporte y de la venta de medios de producción (bombas aspersoras).

Las tendencias del crédito fomentan la creación de sociedades locales de crédito y de empresas intracomunales para la producción de ganado de carne, maíz, chile y cacao; de los cuales sólo la producción de cacao es una actividad productiva acorde y similar al ecosistema de selva, las demás implican la destrucción del mismo.

De tal forma que la estructura organizativa nuclear en la región es la empresa familiar de tipo caciquil, mientras que la organización regional se consolida manteniendo como consigna el otorgamiento de crédito, servicios y mejores mercados para los productos silvoagropecuarios

producidos básicamente por las sociedades locales de crédito existentes.

2.4. El Petróleo

Aunado a la necesidad de proteger la frontera y con ella los recursos, se inicia en Marqués de Comillas un programa de exploración por parte de Petróleos Mexicanos. Para 1986 existían siete pozos que se perfilaban para su explotación.

Las consecuencias inmediatas fueron:

- Contaminación, con daños al medio ambiente.
- Incremento de la violencia, el alcoholismo y la prostitución.
- Incremento en el costo de la vida debido a la mayor capacidad de pago de los trabajadores petroleros foráneos.

En poco tiempo la población se vio envuelta en una serie de conflictos derivados de la falta de cumplimiento por parte de Pemex con relación a la indemnización por uso de terrenos, conservación de fuentes de agua, mantenimiento y conservación de las brechas, que al paso de la maquinaria pesada de la empresa sufrían serios daños. De las protestas pasaron a la toma de las instalaciones, bloqueo de brechas y secuestro de vehículos. Situaciones que en su mayoría requerían de la presencia de funcionarios estatales para su resolución.

Con un campamento que albergaba a 170 trabajadores, ubicado en un punto estratégico, cercano a la comunidad más grande de la región (Benemérito de las Américas, con 2,800 habitantes),²⁸ la economía de la región pronto se vio alterada. El abasto necesario para la alimentación de los trabajadores afectó el limitado mercado incrementando los costos y en algunos casos agotando el producto en las localidades.

Siendo la localidad de Benemérito de las Américas el único referente en términos de centro de recreación, la presencia de los trabajadores de Pemex incrementó también la presencia de cantinas y prostíbulos, estos últimos con mujeres centroamericanas en su gran mayoría. Esto derivó en un incremento de la violencia en la ya de por sí difícil región; de igual forma las enfermedades de transmisión sexual presentaron un importante repunte.

2.5. Servicios de salud en Marqués de Comillas

En lo que se refiere a servicios de salud, en 1985 Marqués de Comillas contaba con tres unidades médicas rurales del Programa IMSS - COPLAMAR, construidas entre 1981 y 1983 y ubicadas en:

Benemérito de las Américas; Flor de Cacao; y Pico de Oro.

La ubicación de estas tres unidades les permitía tener un área de influencia considerable, sin embargo el crecimiento de población y la dificultad en la

²⁸ Informe del Programa de Salud Comunitaria, 1986, Instituto Nacional Indigenista.

comunicación, rebasó su capacidad, sin mencionar la llegada masiva y de improviso de los refugiados guatemaltecos.

Desde su inicio, las dos primeras unidades fueron muy irregulares con la asistencia médica. Durante periodos de uno o dos años alguna de las unidades no contaba con médico. Los motivos se podrían englobar en los siguientes:

1. La marginación y las dificultades para el acceso a la región, hacían poco atractiva la idea de trabajar en esas condiciones (hasta antes de 1986 el traslado hacia las unidades se hacía por avioneta o helicóptero). Además los sueldos oscilaban en promedio en 2 veces el salario mínimo.
2. La falta de continuidad en el servicio médico. Ya que las condiciones geográficas no permitían entrar a la región de trabajo o salir en poco tiempo, los calendarios de trabajo se manejan con descanso acumulado, es decir se trabaja 20 días corridos por 10 de descanso. Esta práctica da una cobertura con atención clínica por 20 días, quedando 10 más sin atención.
3. El abasto insuficiente e irregular de medicamentos y equipo médico fue un común denominador, la falta de antibióticos, instrumental, suturas, equipo médico, material de curación, obligaba a la improvisación y al uso de medicamentos de 2 a., 3a. ó 4a. elección, a acortar los tratamientos, teniendo como consecuencia una evolución más larga e insidiosa de las enfermedades.

2.6. Los colonizadores y las enfermedades

En medio de un hábitat completamente diferente al que conocían, los recién llegados estaban a merced de la selva, de cara al paludismo, la leishmaniasis y el dengue, enfermedades características de la región, todas presentes en la vida de quienes pasaron por la selva. Postrando por largos periodos y dejando una importante anemia en el caso del paludismo, con altas fiebres cíclicas, recurrentes, que pueden hacerse crónicas hasta no tomar la cloroprimaquina, medicamento de elección.

En el caso de las mujeres embarazadas los daños eran mayores, ya sea por la fiebre o bien por el medicamento, el riesgo de aborto se elevaba. Una enfermedad temida por sus lesiones en nariz y oreja, es la leishmaniasis, conocida como úlcera chiclera,²⁹ que aun cuando no es aguda, con el paso del tiempo puede destruir parte del tejido cartilaginoso de estos órganos. Aunque existen otras formas graves, en vísceras, al parecer sólo se han registrado pocos casos.

Ajenos todos a la región, hacían esfuerzos enormes por identificar aquellas plantas medicinales que en sus lugares les habían funcionado, sin embargo, difícilmente lograban ubicar alguna, así bajo el método de ensayo - error se buscaban nuevas opciones. Con la llegada de los refugiados guatemaltecos, viejos conocedores de la selva, el conocimiento popular se enriqueció, de hecho

²⁹ Nombre atribuido a los primeros pobladores de la selva que se dedicaban a la tumba del árbol del Chicle

compartían el mismo hábitat, era la misma selva, sólo separada por una línea imaginaria.

De las principales enfermedades registradas en 1986 se hace un recuento en el siguiente cuadro:

**10 Principales causas de morbilidad en la región Marqués de Comillas,
Chiapas
Periodo enero – diciembre de 1986**

	Quiringui- charo	Reforma Agraria	Adolfo López Mateos	Playón de la Gloria	Quetzal- cóatl	Arroyo Delicias	Nuevo Veracruz	Roberto Barrios	El Pirú	Total
Paludismo	149	153	123	71	16	15	19	26	31	603
Parasitosis	99	13	60	13	31	67	25	28	18	354
Amibiasis	47	21	68	16	22	39	36	16	24	289
I.V.R.A.	29	36	90	33	41	22	44	26	17	338
Anemia	9	30	66	66	7	9	-	9	18	214
Piodermias	23	24	58	37	12	8	18	16	13	209
G.E.P.I.	21	35	40	10	21	11	17	20	8	183
Mialgias	-	17	44	15	7	8	-	-	8	99
F.O.D.	19	24	21	9	-	17	-	-	-	90
Accidentes	6	6	27	-	12	6	9	-	5	71

I.V.R.A. Infección de vías respiratorias altas.

G.E.P.I. Gastroenteritis probablemente infecciosa.

F.O.D. Fiebre de origen desconocido.

Este cuadro recoge los diagnósticos de nueve Casas de Salud, dos de ellas atendidas por personal médico, el resto por Promotores de salud. Todos los diagnósticos son realizados inicialmente con base en la clínica. En el caso del paludismo se toma una muestra de sangre durante la consulta (gota gruesa), que permite corroborar mediante estudio de laboratorio el diagnóstico. En este caso, de los 603 casos que aparecen en primer lugar, más del 50 por ciento resultaron

positivos, de los cuales 96 corresponden al *plasmodium Falciparum*, una de las dos formas en que se presenta y la más grave.³⁰

El paludismo fue la patología de carácter endémico más importante de la región, atribuida a las condiciones ecológicas, pero cuya incidencia tiene causas sociales como la mala calidad de la vivienda, el saneamiento, la falta de ropa adecuada.

Otro factor importante fue la migración masiva de la población guatemalteca que en busca de refugio se internaron en territorio mexicano. Luego de días de travesía caminado y durmiendo en la selva, en lugares pantanosos, los menos indicados para transitar pero los que brindaban mayor protección ante el acoso de los militares guatemaltecos, sin mayor protección que las prendas que traían consigo, la población fue víctima de las enfermedades de la selva, entre estas el paludismo.

En cuanto al comportamiento estacional del paludismo, presenta dos picos, relacionados con las temporadas de lluvias, a mediados del año y al final del mismo.³¹

Los problemas parasitarios (sobre todo por helmintos) representan el segundo problema patológico de la región, atribuibles a las condiciones del agua de consumo humano, a la vivienda y a ciertos hábitos higiénico - dietéticos y tienen su mayor impacto entre la población preescolar y escolar.

³⁰ Programa de Control del Paludismo, SSA, Jurisdicción Sanitaria VI, Palenque, Chiapas, 1986.

³¹ Programa de Salud Comunitaria, Marqués de Comillas, diagnóstico de salud, 1986

Las infecciones respiratorias agudas altas ocupan el tercer sitio entre la patología de la región y presenta su mayor incidencia en los meses más lluviosos entre la población escolar.

La amibiasis intestinal (separada del resto de las parasitosis por su importancia específica) se asocia también a la calidad del agua de consumo y presenta una alta incidencia sobre todo en meses lluviosos. Lo mismo puede decirse de las gastroenteritis infecciosas.

Problemas carenciales como la anemia también ocupa un lugar destacado, sobre todo en la mujer adulta joven agravándose en las etapas gestacionales y está determinada por la pobre ingesta de nutrientes, derivada a su vez de la situación económica familiar.

Las infecciones de la piel tienen un comportamiento durante el año más regular, aunque predominan en meses de sequía, las más comunes son el impétigo, los abscesos piógenos y los abscesos del folículo piloso.

Por otra parte distinguimos la patología relacionada estrechamente con el proceso de trabajo. Las mialgias ocupacionales (dolores musculares) y los accidentes presentan su mayor incidencia en población adulta joven y meses de mayor trabajo agrícola.

La fiebre de origen a determinar (F.O.D.) es un cuadro, que ante la dificultad de hacer un seguimiento riguroso del paciente, no se puede determinar

un diagnóstico de mayor precisión. Sin embargo, es importante señalar que éste es un problema que aparece también en estadísticas nacionales ocupando cifras importantes.

CAPÍTULO III

CONSTRUYENDO LA SALUD

La atención médica expresada en la atención a un paciente, es decir una consulta, es la principal demanda en la población, es la necesidad sentida y real más claramente expresada, es a la vez una herramienta sencilla e importante que nos permite un rápido acercamiento con la población en términos individuales y colectivos. Es también un instrumento usado desde tiempos remotos para enajenar, para negociar, para detentar un poder. Este instrumento, este saber médico, logró un gran desarrollo en muchas culturas, entre otras la Maya, que desarrolló habilidades importantes reflejadas en la estética (estrabismo y aplanamiento de los frontales), así como en prácticas quirúrgicas de cráneo y en el manejo del embarazo. También logró un importante aporte al describir procesos atípicos tales como malformaciones y embarazos múltiples. Por otro lado, el amplio uso de plantas medicinales indica un conocimiento importante de la dinámica de la naturaleza.

Este saber, no era un saber popular, era una práctica de un grupo selecto, de los sabios, de los ancianos, de los más respetados, de aquellos que en el ejercicio de encontrar una respuesta habían dedicado cuerpo y alma para entender los fenómenos de la naturaleza y su relación con los humanos, para

conocer si alguna forma de relación del individuo o colectivo con ésta se había violentado.

Por otro lado, al adentrarse en lo más íntimo del individuo les permitía tener un panorama amplio de la sociedad, de los grupos que la conformaban, de su forma de relacionarse, de producir y reproducirse.

Por ende, este saber representaba respeto y autoridad, dos elementos que en el ejercicio del dominio, de la conquista, de la búsqueda del poder, resultan una combinación ideal para el sometimiento.

En la evolución de nuestras sociedades esta práctica médica, este saber, ha logrado por un lado conocer algunos elementos de la naturaleza, sobre todo de carácter biologicista, que le han permitido fortalecerse, pero por otro lado, las formas de relación social han derivado día con día en nuevos padecimientos, producto de esa equívoca relación con la naturaleza y con otros seres. En este proceso el saber ha sido también objeto de la apropiación para el dominio, o bien para la sobrevivencia, pasando por etapas en que uno ha satanizado al otro, haciéndose legal - oficial el uno y clandestino el otro. Así, al inicio de un nuevo milenio estos saberes se encuentran separados, aunque interactuando para la sobrevivencia de unos y otros.

3.1. Origen del Programa de Salud Comunitaria en Marqués de Comillas

Un región en lucha por sobrevivir, rica en su naturaleza humana y material; un grupo de médicos, recién egresados y como muchos otros buscando cómo y dónde ejercer y el Instituto Nacional Indigenista (INI) que procuraba ampliar su cobertura llega a esta región, son tres elementos que permiten, en su encuentro, dar forma al Programa de Salud Comunitaria en Marqués de Comillas (PSCMC).

Un primer momento tiene que ver con la llegada de un par de médicos a Marqués de Comillas en 1984, que se instalan en dos comunidades, Quiringuicharo y Quetzalcóatl, ambas representando las dos regiones recién colonizadas, ubicadas respectivamente, en las márgenes de los ríos Lacantún y Usumacinta. Poco menos de un año les fue suficiente para “encontrarse” con la población. Desbordados por el trabajo asistencial y la cada vez mayor demanda, llevan a la discusión entre representantes comunales y médicos las posibles alternativas, concretando en la idea de capacitar a personas de las comunidades como promotores de salud.

En medio de este proceso llega el INI a la región, haciendo un diagnóstico y buscando la forma de intervenir en diferentes áreas, específicamente en salud, producción, comercialización, educación, todas, líneas que el INI trabajaba directamente con la población. El resultado fue que se aprobó un financiamiento para el proyecto que recién caminaba. Esto permitió la llegada de tres médicos

más, vehículos terrestres y acuáticos, recursos para capacitación, medicamentos y equipos médicos.

El marco es el derecho a la salud y como instrumento la práctica médica occidental. La intención, enriquecerlo con el saber popular.

El objetivo, la salud comunitaria, ausente no sólo en este espacio sino en general con serias deficiencias a nivel nacional.

A más de 40 años de haberse creado el sistema de salud vigente (1944–1984), las diferencias y deficiencias en la atención a la salud, sobre todo en el primer nivel, que implica el primer contacto de un paciente con un servicio de salud articulado a una red o sistema de salud, eran perceptibles. Quizá uno de sus principales problemas era su método y forma de intervención, donde el concepto de participación comunitaria se reducía a asignar tareas de mantenimiento y cuidado de las unidades médicas, a promocionar los diferentes programas que se realizaban, haciendo corresponsable a la comunidad de las metas que institucionalmente se definían. En un sentido práctico se trató de una intervención en un sistema vertical y sin la infraestructura necesaria para ello, en consecuencia con poco impacto.

La naturaleza de esta propuesta toma como punto de partida a la comunidad, con sus contradicciones y diferencias, pero también con sus capacidades, sobre todo para decidir sobre sus necesidades y la forma de atenderlas, aportes que dependiendo de cada circunstancia podrán variar.

En tanto se tiene un conocimiento sobre el área de la salud, desde quienes llegamos y quienes estaban, se parte de la idea de intercambiar estos saberes, por medio de la capacitación. Considerando que la permanencia de las acciones es un propósito y que es fundamental que la población participe definiendo los espacios de atención a la salud y su administración, se busca como resultado que la comunidad sea quien controle y dirija su estructura de salud.

Por tanto, este programa tiene como estrategia introducimos en el área de educación para la salud, fundamentalmente en la formación de promotores en salud.

3.2. Los ejes de trabajo:

- A) Capacitación.
- B) Atención médica.
- C) Organización en salud.

3.2.1. Capacitación

Siendo la atención a los enfermos el punto de partida y ante la cada vez mayor demanda, que lo mismo nos obligaba a caminar "tras lomita" que a navegar varias horas por el río, fuimos entendiendo, médicos y población, que "era importante enseñar por lo menos a inyectar, dar un tratamiento de paludismo y algo de primeros auxilios a alguno de la comunidad, para que al menos de eso se

podieran atender", palabras textuales de los representantes del ejido Reforma Agraria, que se encontraba a tres horas por río de la comunidad Quiringuicharo, primer sede de trabajo. Visto así parecía fácil.

La forma en que nos llevó el iniciar este primer momento de capacitación llevaba una relación cercana con las autoridades ejidales, con un interés manifiesto en las reuniones que para el caso se dispusieron. Así, el primer paso fue el nombramiento de las y los promotores de salud en las asambleas comunitarias. Para ello se definieron algunos "requisitos" desde el personal médico y los representantes de las comunidades. En particular el que se refiere a saber leer y escribir fue sugerido por los médicos, ante la inexperiencia; sin eso se hacía más complicado el trabajo. En general hubo coincidencia en los criterios que se emplearon.

Criterios para la selección de promotor@s de salud:

1. Nombrado a través de una asamblea comunitaria.
2. Voluntario (a).
3. Que viva en la comunidad.
4. Saber leer y escribir.
5. Que se le reconozca honestidad, confiabilidad y sea respetuoso.
6. Activo (a).
7. Que tenga iniciativa.
8. Comprometido con su comunidad.

Luego del primer curso de capacitación, ya con el grupo de promotores que iniciaban, se decidió establecer los siguientes criterios, a manera de compromiso entre unos y otros.

Responsabilidades durante y después de la capacitación:

1. Asiste a todos los cursos o bien informar de no ser posible.
2. Lleva un registro de la consulta.
3. Da confianza al paciente.
4. Hace una buena interrogación, exploración y diagnóstico al paciente.
5. Cuida de los medicamentos y conserva la farmacia comunitaria.
6. Ordena y conserva limpia su casa de salud.
7. Informa a su comunidad de sus actividades.
8. Se coordina con el comité de salud y autoridades de la comunidad.

A partir del primer curso los y las promotoras de salud participaban en las acciones de salud, en un primer momento acompañando los días en que el médico visitaba la comunidad. Posteriormente poco a poco la población fue tomando confianza y descubriendo la capacidad de cada promotor(a) de salud en diferentes ritmos de trabajo, en algunos casos la atención de pacientes se hacía en las casas de los promotores de salud, en otros se dispuso un espacio para ello y en otros más se construyó, identificándola, como casa de salud. En este proceso se fue haciendo necesario nombrar personas que apoyaran directamente estas tareas, de ahí los primeros comités de salud.

Responsabilidades de la comunidad:

1. Nombra comité de salud.
2. Construye su casa de salud.
3. Equipa su Casa de salud con cama de exploración, mesa, sillas, estantes para medicamentos con materiales de la región (madera).
4. Apoya a su promotor(a) de salud y comité de salud dentro y fuera de su comunidad.
5. Participa en actividades que realiza el promotor(a) de salud.
6. Coordinación de autoridades, comité de salud y promotor (a) de salud.

En algunas ocasiones escuchamos a los comités y promotores de salud que se sentían sin apoyo de las autoridades ejidales, de ahí se desprende la importancia de hacer explícitas algunas de estas responsabilidades.

Responsabilidad de las Autoridades ejidales:

1. Apoya a su promotor de salud.
2. Apoya a su comité de salud.
3. Informa a la comunidad sobre las actividades que realiza el promotor y comité de salud.
4. Participa en las actividades que realiza el promotor y el comité de salud.
5. Se coordina con autoridades regionales.

En general, todo esto llevó una secuencia sin problemas, se inició el trabajo en 12 localidades, seis en la rivera del río Lacantún y seis en la del Usumacinta, cada región coordinada por un médico, no había prisa ni presión alguna de tener que incluir a más comunidades, las que iniciaban estaban convencidas de su participación, el tiempo y los ritmos dependían de las comunidades, de su motivación, de sus capacidades.

Plan de formación

El limitado perfil de morbilidad del que dispusimos nos dejaba ver que el 70 por ciento de la patología que afectaba a la población, comprendía a un grupo de entre 10 y 15 enfermedades, y que el restante 30 por ciento, se distribuía en enfermedades menos comunes, que en su mayoría requieren de un mayor nivel técnico para su diagnóstico y en algunos casos directamente por especialistas. Analizando ese primer grupo de enfermedades encontramos que la mayoría de estas son de fácil diagnóstico, que su manejo se puede hacer con una mínima capacitación y que en general estas patologías son conocidas por la población y asimismo automedicadas. De esta forma la capacitación se orientó hacia las siguientes patologías:

1. Parasitosis en general (ascariasis, oxiuriasis).
2. Resfriado común.
3. Faringoamigdalitis.
4. Infección de las vías urinarias.

5. Amibiasis.
6. Impétigo.
7. Neumonía.
8. Otitis.
9. Salmonelosis.
10. Fiebre Tifoidea.
11. Paludismo.
12. Dengue.

El diseño del Plan de capacitación se fue construyendo poco a poco, de hecho, los primeros talleres sólo se daban en función de una serie de temas que el equipo médico había estimado como los más importantes, de éstos, los promotores seleccionaban los de mayor interés. Como apoyo bibliográfico usábamos el libro “Donde no hay Doctor” de David Werner, folletos de otros grupos de salud y los que nosotros elaborábamos.

Después de un año nos dimos cuenta que requeríamos de un instrumento más definido que nos permitiera ir cerrando fases. Entonces nos dimos a la tarea de buscar otras experiencias y encontramos en un Colectivo de Estudio e Investigación en Salud (CEIS) un trabajo más avanzado con base en otros grupos y con manejo modular. Este esquema nos pareció apropiado ya que ofrecía la posibilidad de participar en el proceso de formación sin que fuera necesariamente un proceso escalonado, es decir si una persona faltaba a un módulo no afectaba la dinámica ni individual ni del grupo, permitiendo en un momento posterior recibir

el módulo que hiciera falta, de ahí que decidimos estructurar nuestro Plan en módulos,³² independientes entre sí de tal forma que fueran herramientas prácticas de aplicación inmediata.

Una constante en cada módulo era la de analizar la enfermedad desde un enfoque social y en menor grado biologicista, de tal forma que esto nos permitiera concebir el proceso salud-enfermedad como un reflejo de las condiciones de vida. Así cada módulo debería contener un análisis social, aspectos epidemiológicos como un referente de la situación general y local, aspectos técnicos sobre el funcionamiento del cuerpo (anatomía y fisiología), manifestación de la enfermedad, cómo revisar al paciente, cómo hacer el diagnóstico, qué tratamiento y qué medidas preventivas recomendar.

Con estos elementos se definieron cinco módulos al cabo de tres años, que agrupaban las principales patologías encontradas en la zona. Posteriormente se agregó uno más orientado a aspectos de la salud oral. A su vez estos definirían la Capacitación Básica para Promotores y Promotoras de Salud.

Para hacer posible el proceso de intercambio de saberes fue necesario recurrir a herramientas metodológicas para la enseñanza, donde a través de dinámicas y juegos pudimos hacer de este proceso algo atractivo y fácil de comprender. Un elemento importante en ello es el hecho que las enfermedades que estudiábamos, en su mayoría los y las promotoras de salud ya las habían

³² Otro elemento que tuvo peso en esta metodología es la experiencia que el grupo de asesores había tenido al llevar este modelo en la UAM-X

padecido, y como lo que se vive no se olvida, esto nos significó un importante referente permitiendo así sistematizar con mayor facilidad la información.

Sin embargo, así como lo anterior se facilitaba, en lo que se refería a la anatomía y fisiología humana, la dimensión corporal y su interior era concebida de manera diversa y poco cercana a la realidad. Por esto nos apoyamos en la disección de animales como gallinas y cerdos para conocer más de cerca aspectos como el aparato respiratorio, digestivo, vísceras, etcétera. Por supuesto, al final de la práctica estos ejemplares terminaban en el plato.

En el tema de los tratamientos, también nos dimos cuenta que en su mayoría la población se automedica, entonces la tarea era dar orden a la información que ya se tenía, o bien complementar o corregir de manera sistemática y cuidadosa, haciendo énfasis en los riesgos de un mal manejo.

De manera general la estructura de los módulos quedó de la siguiente manera:

Módulo 1

"Enfermedades relacionadas con la falta de agua potable y servicios sanitarios."

- Enfermedades infectocontagiosas del aparato digestivo.
- Enfermedades infectocontagiosas de la piel.

Módulo 2

“Enfermedades relacionadas con la falta de vivienda adecuada.”

- Enfermedades infectocontagiosas y crónicas del aparato respiratorio.

Módulo 3

“Enfermedades relacionadas con el proceso reproductivo.”

- Enfermedades ginecológicas.
- Enfermedades más comunes del hombre.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Embarazo normal y patológico.

Módulo 4

“Enfermedades relacionadas con el proceso laboral.”

- Enfermedades musculoesqueléticas, accidentes de trabajo y primeros auxilios.

Módulo 5

“Enfermedades relacionadas con la falta de acceso a una alimentación adecuada.”

- Desnutrición, anemia y algunas avitaminosis.
- Enfermedades exantemáticas e infecciosas de la niñez.
- Vacunación.

Módulo 6

"Salud oral."

- Caries dental.
- Enfermedades más comunes de la boca.
- Prevención.

En el caso de la salud oral, la demanda cada vez fue mayor y las pocas herramientas que el grupo de promotores de salud tenían resultaban insuficientes. Con el tiempo surgió la idea de formar promotores dentales, tomando como referencia una experiencia que ya había trabajado el grupo PROCAO (Programa de Capacitación Odontológica).³³

Ante la necesidad de atención dental nos adentramos en el diseño de un plan de capacitación dental, en este caso asesorados por PROCAO.

Los contenidos de los módulos están diseñados para desarrollarse en 4 ó 5 días, acompañados de una serie de dinámicas y juegos que permiten reforzar el conocimiento y dinamizar el curso, esta última tarea nos obligó a desarrollar la creatividad y ser oportunos en los temas y los momentos más adecuados, de lo contrario en pocos minutos el grupo se dormía.

³³ Aarón Yashim y Beatriz Ávila, ambos especialistas en el trabajo dental inician una propuesta de atención a la salud oral en áreas rurales a principios de los ochenta, que consiste en atender no sólo el área preventiva, consideran también la curativa, incluyendo en su plan de formación, la obturación de piezas dentales o en su caso la extracción.

Talleres de seguimiento

Para la actualización de contenidos o revisión de algún tema en particular se definieron talleres de un día de trabajo, dirigidos al grupo en general, independientemente de su nivel de capacitación. Estos talleres se incluían en alguna de las Asambleas de promotores de salud que se realizaban cada seis meses, o en su caso si el tema lo ameritaba se incluían en los Encuentros de promotores de salud y parteras que se realizaba anualmente, así se trabajaba dos días en aspectos de organización y uno en algún tema de salud.

La Capacitación de Parteras

Un problema importante de salud en las zonas rurales es la atención materno infantil, ante la ausencia de servicios de salud, se calcula que más del 90 por ciento de los partos en zonas rurales son atendidos por Parteras, aun en localidades donde existe personal médico. Lo anterior tiene que ver con varios elementos, por un lado la falta de servicios médicos; por otro la mala calidad de los que existen y un tercer elemento no menos importante es la calidad de la atención de la Partera, que no tiene punto de comparación con la de un médico en cuanto a calidez humana y trato, de hecho, se trata de una relación familiar en muchos de los casos, de ahí que entre otras obligaciones la Partera se hace cargo de atender a los hijos y marido de la parturienta, preparando alimentos y lavando ropa en tanto esta se recupera.

En el caso de Marqués de Comillas fue la mortalidad de recién nacidos, por tétanos, uno de los aspectos que más llamó nuestra atención, así que nos dimos a la tarea de sistematizar en un periodo pequeño y en una serie de localidades, todos los nacimientos, los datos arrojados nos dejaron ver que las muertes de recién nacidos por tétanos neonatal se estaban presentado casi cada mes, considerando el tamaño de la población se trataba de tasas muy elevadas. Algo parecido ocurría con las muertes maternas.

Esto fue motivo suficiente para pensar en la capacitación a parteras. En poco tiempo nos dimos cuenta que de acuerdo a la lógica que veníamos siguiendo en cuanto al abordaje de la capacitación, no serviría de mucho. A diferencia del promotor de salud, que es una figura que no existe en la localidad, la partera tiene todo un antecedente, de tal forma que no estaba en nuestras manos la posibilidad de requerir que supieran leer, escribir, o que pudieran desplazarse. Tan sencillo como que las parteras ya estaban ahí y con ellas debíamos trabajar. La gran mayoría eran de edad mayor, casadas, analfabetas. Así, en el primer curso teníamos un grupo del cual la tercera parte eran “Las Parteras”, otra eran los hijos y una más los maridos o acompañantes.

Otro problema central nos saltó. En el trabajo hasta entonces, con promotores, la participación activa y decidida de la población por medio de las asambleas ejidales condujo a que todas las decisiones pasaran por éstas, en particular el perfil del promotor de salud, cuyo trabajo debía ser voluntario,

situación contraria al ya de por sí oficio de la partería, donde aunque muy mal retribuido, existe un cobro por la atención, generalmente en especie.

Finalmente el punto no resultó tan complicado, unos y otros sabíamos que no había más alternativa que entender esta situación y aceptarla. No podíamos ni debíamos tratar de incorporar a estos grupos de trabajadoras de la salud en un esquema que no les correspondía, ellas se regían por otros códigos y procedimientos y aún cuando cobraban por su trabajo (lo cual era un punto que incomodaba) nadie podía acusar de lucrar o negociar a alguna partera con esta remuneración, además, en general en todas las comunidades existía un respeto al trabajo de ellas, y cómo no, muchos, o habían pasado por esas manos o sabían que en ellas podían confiar a sus esposas e hijas.

Plan de capacitación con Parteras:

Módulo 1. Embarazo.

Control prenatal.

Diagnóstico oportuno de problemas en el embarazo.

Módulo 2. Parto.

Atención de parto.

Distocias.

Aseo y limpieza durante la atención.

Atención del recién nacido.

Módulo 3. Puerperio.

Cuidados de la madre.

Cuidados del recién nacido.

El primer módulo tiene como objetivo central llevar un buen control durante el embarazo y con ello la capacidad de diagnosticar alguna posible complicación, para intervenir en forma oportuna.

El segundo se orienta a la atención normal de un parto, luego nos adentramos en las complicaciones que pueden surgir y las posibles alternativas para evitar que la madre y producto mueran.

El tercer módulo aborda el momento posterior al parto, tanto en la madre como en el hijo, señalando el proceso normal y las posibles complicaciones.

Considerando que a diferencia del trabajo con promotores de salud, ahora el punto de partida no era de cero, se trataba de Las Parteras, trabajadoras de la salud con una gran experiencia, entonces la estrategia se orientó a intercambiar información entre lo que definimos como normal y lo que no vemos así, en segundo término conocer la experiencia que se ha tenido en las complicaciones y cómo se han atendido y, finalmente, definir otros mecanismos de intervención en forma colectiva, posibles de activarse en esas condiciones, ante una complicación.

Las muertes materna y de recién nacidos ocurren generalmente al iniciar el trabajo de parto y en el puerperio. De ahí la importancia de llegar bien al momento

del parto y poner mucha atención en algunos datos que nos orienten sobre alguna complicación. En apariencia los instrumentos y la forma de trabajo de las parteras son "diferentes" de la práctica occidental, se les define como "empíricos", en algunos casos en forma peyorativa. En realidad no están muy lejos del modelo occidental francés, que se caracteriza por una fuerte orientación hacia la clínica. En el terreno y las condiciones en que estábamos, ellas llevaban ventaja, así que el proceso de aprendizaje fue intenso de uno y otro lado. Fue una riqueza aprender desde ellas, ver la experiencia clínica que tienen, las capacidades y habilidades desarrolladas en el tacto, la observación, la percepción, la calidad humana, el grado de compromiso que adquieren con una embarazada, en fin una mezcla de aspectos técnicos y valores humanos que desde una aula es imposible conocer, aunque sin destruir o menospreciar.

Este ambiente permitió poner acento en algunas prácticas de las parteras que implicaban algún riesgo, como confundir el momento de inicio del parto y agotar la energía de la embarazada antes del momento preciso del parto. En la práctica médica occidental esto puede valorarse haciendo un tacto vía vaginal para conocer el grado de dilatación y apertura de la matriz, en el caso de las parteras ellas no utilizan este procedimiento.

Otras prácticas tenían que ver con el hecho de no esterilizar el material para el corte del cordón umbilical o de usar cualquier material punzocortante o bien usar algunos elementos naturales para la cicatrización del cordón umbilical.

Un factor importante fue ganarnos su confianza, de tal forma que ante una duda o emergencia pudieran llamarnos, con la certeza de que en ningún momento las descalificaríamos o usaríamos esa situación para desacreditarlas.

En cuanto a la metodología para trabajar con las Parteras, fue diferente, debiéndonos adaptar al hecho de que la mayoría no sabían leer y a la dificultad para la concentración, resultado del cansancio propio de las cargas de trabajo por años, sin contar el calorcito característico de la selva.

Luego de algunas propuestas de abordaje desde el "escritorio" mucho terminó cambiando en el desarrollo de los cursos. Un elemento central fue el relato, invitando a las parteras a que cada una nos hablara de sus experiencias. Este fue el camino a seguir en los diferentes cursos, permitirles hablar, escucharles y retomar sus experiencias como puntos de referencia fue la clave para entrar en los diferentes temas.

El apoyo didáctico fue a través de dibujos, láminas y material audiovisual (diapositivas y audiocassetes). En cursos posteriores se diseñaron audiocassetes con los temas de los cursos y se les entregó con una pequeña grabadora.

Para los acompañantes, hijos y maridos también se definieron algunas actividades, para los primeros juegos y dinámicas que les permitieran estar ocupados y en el caso de marido y/o acompañantes se convirtieron en punto de apoyo para las parteras ya que algunos de ellos sabían leer y escribir.

Dinámica durante los cursos

Todos los eventos de capacitación se realizaron en las comunidades que eligieron a los promotores y parteras tratando de que las poblaciones se involucraran y familiarizaran con las actividades del Programa. Para ello, se solicitó el apoyo de las comunidades con lugares para hospedaje, que contaran con letrinas, cocina y salón de trabajo, cocineras que preparasen los alimentos y apoyo con leña para ese fin, así como la dotación de tortillas durante los días de estancia, tomando en cuenta que la preparación de este alimento para un grupo tan grande (que generalmente sobrepasó los 30 asistentes incluidos asesores y familiares de los participantes) es muy laboriosa y requiere de mucho tiempo. El PSCMC por su parte otorgó el resto de la alimentación, una pequeña remuneración para las cocineras, los gastos de traslado de los asistentes, el material didáctico necesario para el curso o taller (folletos, audiovisuales, material médico, medicamentos, etcétera).

Por otro lado, durante los días de trabajo se realizaron actividades de promoción de la salud dirigidas a la población en general sobre los temas que se revisaban en el curso, tales como proyección de audiovisuales y presentación de sociodramas. Asimismo, se dio atención médica y dental por parte de los asesores y promotores a la población que lo solicitaba.

La participación de la población local en las actividades de cocina y la curiosidad de muchos que entre tarde y tarde se acercaban al lugar donde se desarrollaba el curso, permitió que vieran de cerca el trabajo y esfuerzo que Promotores de Salud y Parteras realizaban, con tiempos de trabajo durante todo el día (8 o 9 horas), además de lo que significaba para muchos de ellos y ellas estar ahí, ya que tenían que llevar a alguno de sus hijos por no tener con quien dejarlo, dejar su trabajo, su familia, su casa, la cría de sus animales.

Multiplicadores

En la medida que el plan de capacitación rebasó la idea inicial de atender primeros auxilios y paludismo, surgió una interrogante: ¿Quién le daría continuidad al proceso de capacitación?

Sobre la marcha, al cabo de la formación del primer grupo de promotores de salud, esta preocupación se expresaba en el grupo. De ahí, surgió la figura de los "multiplicadores", que en realidad son promotores de salud que destacan por su trabajo, resultado de la dedicación, perseverancia y entrega a nivel personal. Esto a su vez les da un carácter de líderes.

Lo que siguió fue definir una serie de contenidos para cubrir las expectativas, estos se orientaron a reafirmar los aspectos técnicos, profundizando y reafirmando los diversos temas de salud, de tal forma que tuvieran la capacidad de responder y resolver dudas de los promotores en formación. Para ello se

consideró la necesidad de incorporar herramientas metodológicas que les permitieran facilitar el proceso de formación.

Considerando que los y las multiplicadoras ejercía ya un importante liderazgo, vimos la conveniencia de incluir el análisis político, teniendo como punto de partida la salud y sus políticas, en el marco local, regional, nacional e internacional. Para ello nos apoyamos el Centro Nacional de Apoyo a Misiones Indígenas (CENAMI) que con propósitos similares había diseñado una serie de cursos. Esta instancia pertenece a la Iglesia católica y trabaja desde el ecumenismo, crece y se desarrolla en el marco de la teología de la liberación y la teología india, impulsando proyectos en comunidades entre los que destaca la salud. Estos puntos de referencia nos permitieron un rápido contacto con esa instancia.

Plan de formación:

- Metodología para la educación popular.
- Educación en salud.
- Análisis político.

Cada uno de los puntos señalados se fue desarrollando con la participación de diferentes grupos que realizaban trabajo en salud y educación. Más que un plan predeterminado se trataba de una propuesta en construcción, donde en este caso se orientó hacia la educación popular. La iniciativa de abrir un punto de encuentro

(en la ciudad de México) de las diferentes experiencias en salud y educación desarrollándose en el país, permitió socializar y visibilizar experiencias que de otra forma, o no se dejarían ver o no tendrían la posibilidad de recrearse.

El resultado fue inmediato, la experiencia en la práctica que llevaban nuestros multiplicadores fue un punto relevante, así, con el complemento teórico y la socialización de otras experiencias permitió potenciar el proceso de formación.



Grupo de promotores y promotoras de salud llegando a Boca de Chapul, luego de 4 horas de viaje por el río Lacantún, abril de 1990.

3.2.2. Atención médica

Por el concepto de Atención Médica consideramos las acciones orientadas a la atención tanto de enfermos como sanos, mediante el trabajo asistencial y preventivo. Un punto de partida fue la estructura básica necesaria para ello, las líneas del trabajo asistencial, relacionadas directamente con la capacidad de atención y los programas preventivos. En la mención de cada uno de estos puntos haré referencia a la forma en que se fueron trabajando y construyendo desde cada comunidad.

Una vez que este conjunto de unidades – comunidades logran articularse a partir del tema de salud y sus acciones, se incorpora el concepto de red de salud.

Área Asistencial

La asistencia a enfermos expresada en la consulta, es el elemento central que define esta área, tarea que recae fundamentalmente en el grupo de promotores de salud, teniendo un apoyo en el personal médico en aquellos problemas de salud más complejos, mediante asesoría continua, complemento de la capacitación. Así, un porcentaje elevado de la consulta general se encuentra a cargo de los promotores y en menor proporción por los médicos.

Para esta tarea se fueron construyendo e incorporando los siguientes elementos:

1. Promotor de salud.
2. Casa de salud.
3. Unidad de referencia médica de primer nivel.
4. Farmacia.
5. Bodega de medicamentos regional

En este “modelo” construido paso a paso, la innovación tiene que ver con la incorporación de la figura del promotor de salud, nueva en cuanto a los referentes de la SSA en la asistencia médica, donde aparece sólo el médico y en algunos casos la enfermería. Este cambio generó resistencias desde la SSA, haciendo una fuerte presión hacia el Instituto Nacional Indigenista amenazando con no dar su visto bueno y poniendo en riesgo el financiamiento. Incluso el problema fue más allá al plantear que el promotor de salud manejaría un cuadro básico de medicamentos muy parecido al que manejaba el médico. Ante esto la SSA propuso que aceptaba la acción asistencial del promotor de salud pero con el cuadro de enfermería, que se limitaba al manejo de algunos analgésicos.

La realidad, expresada en la falta de servicios de salud, enfermedad y muerte, fueron los elementos que tuvieron peso para continuar con nuestra

propuesta.³⁴ En cuanto a la casa de salud, la diferencia estaba en algunos parámetros que la SSA consideraba, como son tamaño y distribución, además de la homogeneidad. En este caso se construyó según las posibilidades de cada comunidad. La unidad de primer nivel considera muchos elementos de la propuesta de la SSA, aunque también incorpora al promotor de salud y la partera.

El caso de la farmacia está directamente relacionado con el cuadro básico de medicamentos ya señalado anteriormente y por último la bodega de medicamentos es una respuesta a la demanda y la búsqueda de un mecanismo de autonomía.

Para hacer posible la atención médica, luego de la capacitación había que regresar a la comunidad de cada uno de los promotores y parteras y poner en práctica los conocimientos, para ello se entregaba un paquete de medicamentos, acorde a los conocimientos adquiridos. Así, dependiendo del contenido modular, se tenía la capacidad de diagnosticar un grupo de enfermedades y dar el tratamiento, apoyándose en el material bibliográfico entregado, sobre todo para revisar indicaciones y manejo del medicamento. El lugar de trabajo era la casa de los promotores de salud, donde atendían a los pacientes, según la demanda existente.

³⁴ En 1996 la SSA incorporó la figura de Técnico en Atención Primaria de Salud (TAPS), dentro de los Centros de Estudios Científicos y Tecnológicos de Chiapas (CECYTECH), con un perfil parecido al de promotor de salud, incluyendo el manejo de medicamentos.

Inicialmente la desconfianza de la población se manifestaba en tanto la solicitud de una consulta era muy poca, siendo por lo general los primeros pacientes los familiares del promotor. Con el paso del tiempo y los diferentes cursos, los conocimientos aumentaban y de igual forma la demanda de atención. Con ello fue tomando forma la importancia de tener espacios propios, las Casas de Salud.

En esta experiencia la Casa de Salud surge sobre la base de una necesidad, concreta y bien definida, de tal forma que de manera espontánea una a una se fueron construyendo, unas más grandes que otras, de diversos materiales como madera, cemento, bambú, y para el techo guano, lámina metálica o de cartón, algunas se construyeron de cemento. La regla es que debían tener al menos cuatro espacios; consultorio, área de espera, farmacia y cuarto de usos múltiples (internar un paciente, bodega, hospedaje para personal médico). El mecanismo para definir estos mínimos surge en la práctica, cuando en alguna comunidad deciden acondicionar o construir un espacio y se pide una opinión a promotores de salud o personal médico. El tema se socializa entre los cursos de capacitación y desde ahí se establece como criterio.

Unidades de referencia médica, de primer nivel

Se construyeron cuatro unidades médicas como centros de referencia para la red de Casas de Salud, cuya característica no sólo fue el tamaño sino que se consideró contar con la presencia de personal médico. Se crearon a partir de la

necesidad de apoyar a las Casas de Salud, como puntos de apoyo para la referencia de pacientes por parte de promotores de salud.

Esta acción implicó la necesidad de contar con más personal médico lo cual en términos presupuestarios representaba una limitante, sin embargo la experiencia del grupo de asesores médicos permitió ver en el servicio social una posibilidad, de esta forma se estableció un primer acercamiento con la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco (UAM-X) que de hecho ya tenía presencia en el estado desde hacía algunos años. En poco tiempo se estableció un acuerdo y se logró la presencia de personal de servicio social de la UAM-Xochimilco.

Vale señalar que el grupo médico había egresado de esta universidad y que a través del servicio social algunos de ellos habían llegado a Chiapas. Este vínculo definía un conocimiento puntual, en particular del modelo de formación. En este sentido, tanto el diseño modular como su visión social de la enfermedad, son elementos que nos dieron confianza para que la interacción entre médicos, promotores y parteras no fuera a ser un encuentro violento, que por el contrario se tuvieran elementos de sensibilidad que favorecieran la interacción y trabajo en equipo.

Farmacia Comunitaria.- El propósito de contar con un cuadro básico de medicamentos, suministrado en forma gratuita por la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) siempre estuvo presente, la población lo demandaba y exigía

como derecho a la salud, sin embargo, ésta se encontró con dos problemas, primero que el cuadro básico propuesto para manejarse por Promotores de Salud no era aceptado por la SSA, de hecho sólo les estaba permitido el uso de tres o cuatro medicamentos y analgésicos. En realidad el cuadro propuesto desde el Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas (PSCMC) era el que la SSA manejaba sólo con personal médico en unidades de primer nivel. El segundo problema es que la SSA no tenía capacidad de abastecer a todas las Casas de Salud. El argumento: un presupuesto insuficiente, lo cual explicaba además por qué las mismas unidades de la SSA e IMSS padecían un desabasto constante.

Con la presión de las comunidades por la ausencia de los servicios de salud, el INI, instancia que hacía la gestión de los recursos financieros del proyecto, que además gozaba del privilegio de intervención en cualquier área de trabajo, bajo el precepto de contar con las herramientas necesarias para abordar proyecto de salud, educación, producción, y otras áreas directamente con la población indígena, logró una aprobación para que el expediente técnico – proyecto-, donde aparecía la dotación de medicamentos, fuera aprobado por la SSA, como cabeza de sector.

Mediante paquetes de medicamentos relacionados con los primeros cursos y posteriormente la entrega de una dotación importante se fueron creando las farmacias comunitarias. Una vez recibidos los medicamentos se entregaban en forma gratuita a los pacientes. El problema no tardó en aparecer, la demanda de consulta siguió creciendo y la capacidad de financiamiento del INI llegó a un límite,

de tal forma que la dotación que se entregaba anualmente alcanzaba para un periodo de entre 3 y 5 meses del año en promedio. Solicitudes fueron y vinieron desde las comunidades exigiendo más medicamentos, sin embargo el techo financiero institucional siempre determinaba el tope que se aprobaba.

Al cabo de dos años, en 1989, desde las comunidades fueron surgiendo las ideas sobre la posibilidad de mantener en forma permanente la farmacia durante todo el año. Finalmente la idea de que "aunque nos cueste pero que "haiga" tuvo peso y de ahí se empezó a dar forma a la venta de medicamento, buscando recuperar el costo. En general no fue difícil instalarse en esta decisión, el problema era conocido y sus implicaciones también, que tenían que ver con la falta de medicamentos en la casas de salud y unidades de referencia médica, razón que en ocasiones obligaba a trasladarse hacia otra localidad o incluso hasta Palenque, a más de 10 horas de viaje. O bien en otros casos se conseguía el medicamento en alguna farmacia particular a un costo muy elevado.

A esta nueva acción había que apoyarla, capacitando sobre el manejo de farmacias a promotores de salud y comités de salud sobre: entradas, salidas, cortes de caja, elaboración de pedidos. Esto trajo como consecuencia mayor eficiencia en la capacidad de atención, aunque también aparecieron algunos problemas relacionados con deudas que se generaban de pacientes que no pagaban, en pocos casos hubo uso de fondos para fines personales, lo cual se detectaba en forma rápida por el comité de salud o asesor médico y de igual forma

se ponía solución, llamando la atención o suspendiendo al promotor de salud. En general, no se trató de problemas mayores que involucraran al INI o la SSA.

Una vez realizados los pedidos, el grupo de asesores se encargaba de hacer la compra, durante los días de estancia fuera de la región. Con el tiempo el grupo de asesores se vio rebasado, por un lado los pedidos de medicamento cada vez eran mayores y luego, había que hacer la entrega a las Casas de Salud, limitándolas al ritmo de trabajo del grupo asesor.

Bodegas de medicamentos

La solución, construir y equipar farmacias centrales que funcionaran como bodegas de medicamentos en tres puntos estratégicos de la región, desde donde las Casas de Salud pudieran abastecerse. El abasto de estas bodegas volvía a recaer en el grupo asesor, aunque en este caso la situación ofrecía menos problemas, se trataba de hacer compras globales y entregas únicas. Considerando que cada bodega pertenecía a una subregión y en cada una de estas existía un asesor con un vehículo asignado, representaba una tarea más simple.

Las bodegas se crearon con el financiamiento del INI, en Pico de Oro para la subregión Lacantún, Nuevo Chihuahua para la subregión Centro, y Francisco J. Grajales para la subregión Fronteriza.

Esto permitió un mejor desempeño y desarrollo de cada subregión, las dinámicas eran diferentes y a su ritmo de cada una se fue perfilando de forma diferente, repuntando por su actividad la de Pico de Oro, luego la de Nuevo Chihuahua y por último la de Francisco J. Grajales.

Red de servicios de salud en la Zona Marqués de Comillas, Chiapas, 1994



En color anaranjado aparecen las Casas de Salud Comunitarias, en verde y azul las Unidades Médicas de Primer nivel del IMSS y la SSA, respectivamente, y en color rojo el Hospital de segundo nivel de Benemérito de Las Américas.

Se nombraron responsables de estas bodegas, se les capacitó en aspectos contables y administrativos. Se definieron mecanismos para que se realizaran informes mensuales y semestrales que se presentaban en cada Asamblea de Promotores de Salud. Este fue un elemento más de articulación del trabajo en

salud, las Casas de Salud tenían otro punto de referencia y la imagen de estas bodegas fortaleció al PSCMC en general.

Su impacto fue más allá de lo esperado. Diseñadas inicialmente sólo para abastecer a la red de Casas de Salud, pronto la población en diferentes comunidades pidió que se abrieran al público, para surtir recetas que la SSA o el IMSS daban ante la falta de medicamentos. Un efecto adicional es que su diseño no descansaba en la búsqueda de lucro, de tal forma que los precios de los medicamentos estaban muy bajos, casi al costo del distribuidor, en realidad subsidiados, por ejemplo no se incluía el costo del flete ni se pagaban salarios fijos al personal que atendía, solo el día de trabajo, a precio local. Además cada año el INI reabastecía una pequeña cantidad, pero que absorbía pérdidas e incluso permitía recapitalizar las bodegas y farmacias.

Una vez abiertas al público la dinámica tomó otro giro, aumentaron las ventas y con ello las ganancias. Aun cuando no estaban diseñadas para esto, dejaban ver la posibilidad de un ingreso, con ello la idea que pudieran sentarse las bases para que fueran autosuficientes, soportando los gastos propios del abasto y encargados de la atención al público, que de momento al ser acciones que se realizaban desde el grupo de asesores algunos de estos gastos estaban subsidiados. Esto llevó a una serie de cálculos que permitían ver con muchas posibilidades esta opción.

Hacia un red de atención a la salud

La infraestructura humana y material que en pocos años había crecido empezaba a dar forma a la red de salud. Promotores y promotoras de salud, Casas de Salud, Farmacias comunitarias y bodegas de abasto de medicamentos eran indicadores puntuales. A estas se sumaron unidades médicas de Primer nivel, es decir Casas de Salud ampliadas con Promotores de salud y con personal médico.

Área Preventiva

En esta área se buscaba atender todos aquellos elementos tanto individuales como colectivos que permitieran, a través de un buen manejo, coadyuvar para el estado de salud.

Una acción importante al inicio de los trabajos de salud es la vacunación, que coincidió con el inicio de la campaña “Días nacionales de vacunación infantil” en 1987. En este rincón del país, correspondió al grupo de promotores de salud recién formados iniciar y llevar por varios años esta tarea.

Vacunación

Los y las Promotoras de salud fueron capacitados para la realización de Campañas de Vacunación, desde el mantenimiento de la red fría, hasta la aplicación del biológico, pasando por el manejo de efectos secundarios, registro de la información en cartillas y carpetas comunitarias, siempre con apoyo del

personal médico para el suministro del biológico, material para la aplicación y hielo, asesoría en caso necesario y sistematización de la información.

A partir de la apertura del Hospital de Benemérito (1990) se llegó a un acuerdo con el IMSS, donde con el fin de evitar duplicidad de funciones esta institución asumía la vacunación de 8 de las 32 comunidades de la región, por ser área de influencia del Hospital. Por otro lado, la Secretaría de Salud se hizo cargo de 3 comunidades a través de los médicos pasantes en servicio social que se encuentran en Centros de Salud en la zona, con apoyo del programa a través de los Promotores de salud y asesores. Las 21 restantes se vacunaron bajo la responsabilidad del Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas (PSCMC).

El PSCMC mantuvo durante 10 años 1987-1996 esta campaña de vacunación, lo cual permitió completar oportunamente los esquemas básicos de vacunación a edades cada vez más tempranas, logrando de esta forma disminuir considerablemente la morbimortalidad.

La cobertura del Programa alcanzó en su totalidad un 91.76 por ciento de la población susceptible de ser vacunada.³⁵ Esto significó capacidad logística para llegar a la población, habilidad de promotores de salud para la aplicación del biológico y continuidad, ya que no se trata de la aplicación de dosis únicas, sino de

³⁵ Fuente. Carpetas comunitarias de vacunación del Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas, Chiapas

tres o más dosis para cubrir un esquema de vacunación, en uno o dos años, y así considerar vacunada a la persona.

Una campaña de vacunación iniciaba con la preparación de los materiales de aplicación y el biológico, para esto la red de frío era fundamental. Ya que no había energía eléctrica en la región de Marqués de Comillas esto implicaba llevar desde Palenque 4 ó 5 barras de hielo, en costales y cubiertas con sal, lo que debía garantizar el abasto de hielo durante 3 a 4 días, en los que se distribuía el biológico a los promotores de salud, en pequeños termos y ubicados en rutas estratégicas definidas previamente. Una por vía fluvial, otra por terracería y una más por brecha, usando una motocicleta para llegar hasta la última localidad posible. El trabajo era intenso desde que iniciaba hasta que terminaba, siempre contra el reloj y contra el tiempo; me explico: si llovía nos favorecía por la conservación del hielo pero el terreno se complicaba, los vehículos podían atascarse y hacer más lento el avance, en la moto y en la lancha se garantizaba un baño. Si el sol estaba presente, el trabajo resultaba más arduo.

Campaña contra el Paludismo

En 1986, a un año de haber iniciado el Proyecto se implementó la Campaña Comunitaria contra el Paludismo. La definición de esta campaña surgió de los reportes de la consulta que atienden los promotores de salud y médicos, analizados en los cursos de capacitación. La pregunta fue ¿qué hacer? Además de detectar en forma oportuna a los pacientes y darles su tratamiento, lo cual ya

era bastante, comparado con un año antes cuando muchos de esos pacientes debían trasladarse hasta Palenque o Comitán para atenderse. Sin embargo, la población seguía insistiendo en qué más podíamos hacer. De aquí surgió la idea de pensar en una acción preventiva, lo cual nos llevó a una experiencia similar que en Nicaragua se había realizado en años anteriores, con resultados positivos. No fue difícil encontrar esta experiencia, eran los años posteriores al triunfo de la revolución en ese país y más de algún universitario, o investigador estaba enterado de lo que ocurría. Conocimos la experiencia y vimos algunas características como, el clima, tamaño de la población y del territorio y la participación social. Luego fuimos dando forma a la propuesta y decidimos lanzarla.

Las acciones a realizar fueron:

1. Promoción de medidas de prevención del paludismo y control del vector, durante todo el año y haciendo énfasis en los meses previos a la temporada de lluvias (marzo, abril y mayo).
2. Toma colectiva de medicamento antipalúdico en tres dosis únicas durante los meses de mayo, junio y julio de cada año, con el propósito de proteger a la población en estas fechas que indicaban un mayor pico.
3. Detección y tratamiento de enfermos a través de la toma de gota gruesa, acción que de por sí se venía realizando.

4. Rociado intradomiciliario con insecticida, en forma simultánea en toda la región. En este caso el objetivo era romper con el ciclo de reproducción de mosquito *anopheles*, responsable de la transmisión.

Imposible, fue la primera expresión en la jurisdicción de Palenque, de la SSA, de hecho el asunto se llevó hasta la jefatura de los servicios de salud en Tuxtla Gutiérrez, capital del estado. Una vez revisada la propuesta con detenimiento la posibilidad se fue abriendo. El problema central estaba en que la SSA no disponía del personal suficiente para que se hiciera un rociado intradomiciliario en forma simultánea, cosa que sabíamos y ante la cual se había hecho la propuesta de que los pobladores se hicieran responsables de esta tarea, en el entendido que la mayoría conocía el uso de insecticidas y tenía alguna bomba aspersora.

Los especialistas, entonces miembros de la Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo (CNEP) con sede en Chiapas, nos explicaron que aquello era una barbaridad, ya que las bombas usadas para esta tarea son especiales, radicando su punto medular en la presión de las bombas y el cuerpo de la boquilla, por donde sale el líquido esparcido en un abanico que lleva la concentración ideal.

Los problemas: una mayor concentración de insecticida, aunque de acuerdo a la mezcla inicial, nada grave. Otro, que se taparan las famosas boquillas.

Luego de algunas discusiones y consideraciones, aparecieron algunas respuestas, se decidió que se usaran bombas de la CNEP que estaban en bodega, previo mantenimiento y capacitar al personal comunitario que participaría. Así, una brigada de 6 ó 7 rociadores de la CNEP inició el rociado en el mismo número de comunidades, capacitando durante el primer día al personal local, para después, al segundo o tercer día pasar a la siguiente comunidad y repetir el plan.

En cuanto a los pasos previos, para la promoción se invitó a escolares y niños en general a participar en un concurso de dibujo alusivo al tema, otorgando premios y reconocimientos a los primeros lugares. Posteriormente todos los dibujos se usarían como promocionales en las comunidades. Esto fue un éxito en todos los sentidos, en particular reforzando la idea de limpieza de solares, drene de agua estancada, ubicación de los signos sugestivos del paludismo y búsqueda de ayuda en caso de fiebre. Esta es una de las experiencias que se inscribe cabalmente dentro de la educación en salud.

Sobre la toma colectiva de medicamentos, fue una acción que implicó la responsabilidad de toda la población de Marqués de Comillas, donde el día fijado todos debían acudir a la Casa de Salud o unidad médica, en caso del IMSS, para recibir su tratamiento. Asimismo, las personas que ingresaran a la región estarían pasando por un paso obligado, Paso Lacantún, donde personal de la CNEP estaba informando de la campaña y ofreciendo el tratamiento, en una dosis cada mes. Ciertamente no toda la población realizó la toma, aunque sí lo hizo un alto porcentaje.

Durante el primer año, todas las acciones corrieron a cargo de la población y los promotores de salud, participando la Secretaría de Salud en el suministro de medicamento, insecticida y con la brigada de rociadores. Esta campaña fue sumamente exitosa, lográndose el descenso de la patología de los primeros lugares hasta el cuarto y quinto respectivamente, con algunos picos importantes en las temporadas de lluvias. Los años siguientes hasta 1992, el Programa continuó impulsando la campaña haciéndose cargo de las 3 primeras acciones, mientras que la Secretaría asumió el rociado intradomiciliario, aunque a su ritmo, es decir una brigada debía hacer el rociado en las 44 comunidades, tarea que les requería un semestre y que rompía con la idea de cortar el ciclo reproductivo.

Para 1993, el abasto de medicamento antipalúdico combinado (cloroprimaquina) el cual se usaba en las campañas, se suspendió por disposición de la SSA, las razones: por ser de importación su costo había aumentado considerablemente y además el hecho de ser combinado se estaba administrando demasiada dosis de primaquina a la población, lo cual podría crear resistencia a más corto plazo del mosquito *anopheles*, vector del paludismo. Esta situación nos dificultó continuar la campaña sólo con un medicamento, ya que la población había identificado la tableta combinada como la preventiva.

A partir de entonces, el Programa continuó realizando la detección y tratamiento de enfermos, como lo refleja el Perfil Patológico de la zona. El material para estas acciones lo proporcionó la Secretaría a través de los brigadistas del

Programa de Paludismo, quienes lo entregan a los Promotores de salud del Programa que fungen para la Secretaría como notificadores.

También se continuó realizando la promoción de medidas preventivas como el uso del pabellón y de control del vector como el chapeo de solares, drenaje de charcos, limpieza de basureros. Todo ello impactó llevando al paludismo del cuarto lugar, dentro de las patologías más frecuentes registradas en esa región en 1993, al noveno lugar, a partir de 1994.

3.2.3. Organización en salud

La organización es uno de los aspectos fundamentales para el desarrollo del trabajo de salud comunitaria, ya que representa la forma en que interactúan los participantes. Por esta razón, los diferentes espacios de trabajo colectivo; comités de salud local, regional, asambleas ejidales y asambleas de promotores de salud y parteras, son parte fundamental en la que deben descansar las diferentes actividades que se realizan, desde la planeación hasta la ejecución.

Como resultado de este proceso, luego de haber alcanzado la primer fase orientada a la formación de una estructura de atención a la salud, el Programa se trazó como objetivo la conformación de un microsistema local de atención a la salud, que permita satisfacer las necesidades de atención a la Salud de la población a la que se dirige a un nivel primario, como una alternativa regional real

en una zona en la que el Sistema Nacional de Salud tenía una presencia y cobertura bastante limitadas.

En los siguientes renglones abordaré los diferentes espacios que se fueron trabajando en el proceso de construcción del PSCMC.

Comité de salud

Estos comités son, como ya se dijo, nombrados en las asambleas ejidales y están conformados por un presidente, secretario, tesorero y al menos tres vocales. Su trabajo es la administración de la Casa de Salud y en este caso, en el terreno de lo curativo con el promotor(a) de salud al frente. Esto tenía implicaciones, más allá del mantenimiento a la Casa de Salud se trataba de administrar, apoyar y vigilar, acciones como la consulta a pacientes, la implementación de programas como vacunación, la venta de medicamentos, el surtimiento de la farmacia, todo ello nuevo y desconocido, de aquí la relevancia del trabajo del comité de salud.

Funcionaban con reuniones que se realizaban por lo general cada mes, previo a la asamblea ejidal, donde presentaban su informe. Además, cada dos meses, durante la visita de los asesores a las diferentes comunidades, se tenían reuniones de seguimiento y asesoría. Cuando se presentaba algún problema tanto técnico como de carácter interno relacionado con la comunidad, se valoraba la posibilidad de que asistiera un representante de promotores a nivel regional o coordinador general de promotores. Este mecanismo de intervención y resolución

de problemas puso en manos de autoridades y promotores de salud la dinámica que expresaba los problemas y los puntos de debilidad del PSCMC.

Asambleas de promotores de salud

Desde 1988 se planteó entre los promotores la necesidad de contar con un espacio propio en el que todos y todas reunidos pudieran hacerse oír, exponer sus problemas, alternativas, críticas y propuestas para tener un criterio unificado con base en el trabajo en salud. Se trataba de un foro en el cual tuvieran voz y voto en la lucha por mejorar y ayudar a mejorar a su comunidad, un lugar para exponer y discutir sus experiencias en y con el trabajo comunitario, los problemas con sus pueblos, la falta de apoyo o el apoyo indiscutible, las buenas y malas vivencias, en fin, todo lo que los une y alienta para seguir adelante.

Desde 1988 hasta octubre de 1997, al celebrarse la 20a Asamblea, de forma ininterrumpida se realizaron Asambleas Generales donde Promotores y Promotoras, avanzados y nuevos, se reunieron por espacio de dos días, dos veces al año, evaluando las actividades realizadas, planteando problemas y buscando soluciones colectivas. Es ahí donde se pudo consolidar como una organización de Promotores. Algunos de los temas tratados fueron:

- Informe de actividades del semestre anterior, por regiones y áreas de trabajo, médico, dental, capacitación, herbolanía, derechos humanos.
- Informe del equipo coordinador.

- Evaluación de los promotores por las comunidades.
- Apoyo de las comunidades.
- Ingresos y deserciones de promotores.
- Funcionamiento de comités de salud.
- Producción y comercialización de productos medicinales.
- Funcionamiento de las bodegas de medicamento.
- Programación de cursos y talleres.
- Programación del trabajo dental.
- Programación de las visitas a comunidades por asesores.
- Planeación de campañas de vacunación y Paludismo.

Los puntos se fueron incorporando de acuerdo a la dinámica del trabajo, inicialmente orientados a la información de las actividades. Posteriormente se puso especial atención en el desempeño de promotores de salud y funcionamiento de comités de salud.

Conforme creció la estructura de las farmacias ganó un espacio en la agenda, particularmente con las bodegas de medicamentos, cuyo movimiento llegó a tener importantes volúmenes e ingresos.

En las asambleas se programaban las diferentes actividades colectivas, lo que permitió una programación semestral.

Estos y otros puntos se abordan luego de hacer la orden del día entre todo el colectivo. El grupo se divide de acuerdo a las tres subregiones, Centro, Lacantún y Fronteriza, acompañados de asesores y representantes respectivos. Una vez reunidos llevan a cabo la revisión y discusión de los puntos propuestos y toman decisiones cuando estas les competen por ser subregionales. Posteriormente los grupos se reúnen en un plenario en el que plantean los resultados, aprobando o discutiendo según el caso.

Esta mecánica se fue estableciendo poco a poco, desde la primera asamblea se tuvo como propósito que los promotores se conocieran, socializaran la información, los problemas, buscando soluciones en forma colectiva y tomando en sus manos la dirección del PSCMC, objetivo que en poco tiempo se alcanzó.

Encuentro zonal de promotores de salud y parteras

Un evento particularmente importante en el PSCMC, en 1990, fue la realización del Primer Encuentro en donde participaron promotores de salud y parteras, con la intención de impulsar la todavía precaria coordinación entre ambos trabajadores de salud.

Unidos por propósitos comunes, pero con orígenes totalmente diferentes, las diferencias, desconfianzas y temores, siempre aparecían. No nos podíamos permitir un enfrentamiento, ni siquiera un distanciamiento; el propósito era hacer un equipo, donde pudieran interactuar tanto las parteras –como representantes de la práctica tradicional como los nuevos trabajadores de la salud, ahora

aprehendiendo una nueva práctica con base en el modelo occidental, el mismo que en su esencia busca la exclusión bajo la base del modelo científico.

La concentración de los dos grupos de trabajadores no fue fácil. El Encuentro constituyó un reto para todos los que participamos ya que las percepciones de los diferentes integrantes del programa sobre su trabajo y función en el área de la salud son muy variadas. Sin embargo, el Encuentro representó un paso adelante en el mejoramiento del trabajo de salud, sentando bases para una mejor coordinación y trabajo en equipo entre promotores y parteras.

Como resultado de la necesidad de coordinar y dar seguimiento a las diferentes actividades emanadas de Asambleas y Encuentros, se consideró la necesidad de tener un grupo de personas que atendiera estas tareas.

El Equipo Coordinador

En 1991 surge el equipo coordinador, constituido por el coordinador general de Promotores, los Promotores Capacitadores, los representantes de Promotores y Parteras por cada región, además de los asesores médicos y dentales. Este equipo cumple la función de planeación, ejecución y dirección de trabajos y actividades propuestas durante las Asambleas generales de Promotores y los Encuentros de Parteras y Promotores, así como la toma de decisiones sobre aquellos asuntos para los cuales no se requiera del consenso de la asamblea,

agilizando de esta forma las acciones del programa dada la dificultad para realizar asambleas extraordinarias.

La forma de trabajo del Equipo Coordinador fue mediante reuniones que se convocan cada vez que sea necesario a lo largo del año, por ejemplo, previo a la realización de una Asamblea taller de promotores y/o parteras, o algún curso. La composición del equipo y la agenda de trabajo permitieron que este equipo creciera rápidamente, adquiriendo en poco tiempo mucha experiencia y capacidad de intervención, en especial se resolvieron muchos problemas desde este colectivo, agilizando la dinámica en las Asambleas y Encuentros.

Un factor importante en la operación del PSCMC, en especial en un terreno y condiciones como las de la región Marqués de Comillas, tiene que ver con los recursos tanto humanos como materiales de que se dispone para ello.

Aspectos logísticos de campo

El Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas contó con un equipo técnico integrado por tres médicos generales, un odontólogo y un coordinador general, responsable del proyecto ante el INI, y de realizar las actividades administrativas y de coordinación con otras instituciones.

Para la parte operativa del trabajo, se dividió la zona de Marqués de Comillas en tres regiones: Lacantún, con nueve comunidades, Centro, con once comunidades y Fronteriza con diez, cada región a cargo de un asesor médico. En el caso del asesor dental, éste realizaba su visita a seis comunidades sede en toda la zona, a partir de las cuales brinda atención al resto de las poblaciones.

En cada región el asesor médico asignado cuenta con un vehículo de apoyo para su traslado a las comunidades con posibilidad de acceso, en aquellas sin acceso vehicular, se realizaba la visita a pie o en mula o caballo. En una de estas regiones, Lacantún el acceso era por el río, para ello se disponía de una lancha rápida.

Durante la visita médica, el asesor realizaba el seguimiento a la capacitación de Promotores y Parteras, a través de la consulta y atención a pacientes en forma conjunta, la revisión de los registros de consulta y revisión de temas de interés.

El trabajo se desarrolló en tres momentos que definimos como etapas con el propósito de tener un punto de referencia entre un paso y otro. En general se ubicaron tres momentos, el de la formación de la estructura humana y material de la red de salud, el de consolidación de la red de salud y el de proyección, donde se definen las bases para que el proyecto caminara en forma autónoma.

3.3. Las etapas:

3.3.1. Formación

La parte central de este primer momento fue la capacitación del grupo de promotores que participaron, recibiendo los seis cursos básicos de salud, uno cada 3 ó 4 meses, en un lapso de dos años. En forma paralela se inician acciones de atención médica desde el personal médico, acompañadas por los promotores de salud. En esta etapa se inicia la construcción de la infraestructura necesaria para la atención médica, como son casas de salud y unidades médicas de referencia. De igual forma se constituyen las farmacias comunitarias.

Se considera un tiempo de dos años para esta etapa.

3.3.2. Consolidación

En esta etapa se hace énfasis en el eje de Organización en salud, impulsando la creación de espacios de participación como, comités de salud, representantes regionales y asamblea de promotores. Se establecen mecanismos para la evaluación, planeación y discusión de los diferentes problemas que surgen de la dinámica propia del trabajo, mediante reuniones periódicas, que permitan llevar un seguimiento sistemático.

En esta etapa se forman las bodegas de medicamentos, que funcionan como farmacias centrales comunitarias atendiendo la red de Casa de Salud de tres subregiones.

En cuanto a la capacitación, es aquí donde se plantea la necesidad de volver a iniciar el ciclo de capacitación a nuevos promotores de salud. Junto con esto también se planteó que uno o dos de los promotores más avanzados se inicien en un proceso de capacitación como Capacitadores en salud comunitaria. Para ello recibieron un adiestramiento específico. Este proceso de formación se trabajó, con una serie de cursos de forma interna y otros con apoyo en otros grupos externos. En cuanto a la práctica se hizo bajo el método de acompañamiento.

Se considera un tiempo de un año para esta etapa.

3.3.3. Proyección

Le llamamos así a esta etapa porque es donde se deben ver resultados que dejen ver el trabajo de la red comunitaria, más allá de aspectos puntuales de algunas comunidades se espera tener el reflejo de una visión y acción de conjunto. En este año se definen mecanismos que permitan la continuidad del trabajo bajo la coordinación absoluta de la red de salud. En este caso, bajo la coordinación del PSCMC. Algunas de las interrogantes a resolver son:

¿Se ha logrado la capacidad de caminar en forma independiente?

¿Habrá seguimiento y/o asesoría de alguna institución?

Perspectivas

Se considera un tiempo de un año para esta etapa.

3.4. Los principios:

3.4.1. Identidad de la población

Este proceso, entendido como la necesidad del ser humano de establecer puntos de referencia consigo mismo, con su familia, con su grupo social, nos llevó a poner atención en aquellos elementos emanados de la población, de la región, de las costumbres y tradiciones y tenerlos como referentes en cada paso que se diera. En otras palabras se trataba de que todas y cada una de las acciones fueran desde y para la población.

Así, desde el primer planteamiento de capacitación referente a primeros auxilios y paludismo, hecho por la población, atendimos a un *diagnóstico propio*.

Durante el *proceso de selección de los promotores de salud* deslindamos toda la responsabilidad a las comunidades sobre el nombramiento de los promotores. El nombramiento por la asamblea significaba además que nuestro trabajo como asesores no se establecía con personas directamente sino con grupos, con poblaciones, de tal forma que el beneficio que se buscaba no podía

individualizarse. Esto suponía también reconocer a la Asamblea comunitaria con la capacidad de suspender el trabajo de un promotor de salud o bien dar la aprobación para su continuidad, todo ello con base en la evaluación que población y asesor médico hace sobre el desempeño de promotores de salud.

La construcción física de los espacios de atención a la salud (Casas de Salud) vino a fortalecer este proceso de identidad, no sin antes plantearnos algunos problemas. Dentro del esquema común para la operación de los servicios de salud, en el marco tradicional institucional, la construcción de casas de salud es requerida en cuanto se inicia la intervención institucional. En este caso el programa recibía un financiamiento importante del Instituto Nacional Indigenista, lo cual implicaba seguir de alguna manera con este procedimiento, sin embargo, no fue el caso y no antepusimos ni esta ni otra condición para ser parte del Programa de Salud, dejamos de lado la construcción de casas de salud, pensando que fuera más una consecuencia que un principio y que la población podría decidir el momento de su incorporación.

La respuesta fue rápida y al año de haber iniciado (1986) ya se iniciaba la construcción de las casas de salud. Posteriormente, con el apoyo de un financiamiento a través del INI se construyeron 16 casas de salud. *El diseño de las casas de salud* siempre fue de acuerdo a los gustos y las posibilidades de cada comunidad, el equipo médico solo aportaba los requerimientos básicos para la funcionalidad, que se reducía a 4 espacios básicos: consultorio, farmacia, sala de espera y cuarto médico.

El nombre de Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas también significó diferencias con algunos directivos del INI, que insistían en definirlo como el programa del INI, así mismo incluir a promotores y parteras como trabajadores del Instituto. Por otro lado también algún sector de la población se refería al grupo de salud como de la Institución.

Un razonamiento directo que se hacía y daba sustento a estas atribuciones, estaba en función de creer que el aporte económico era lo más importante dentro del Programa de Salud. A raíz de esto se hizo un ejercicio para ubicar el costo real. Se cuantificaron cada una de las acciones comunitarias definidas como voluntarias y se tuvo la posibilidad de valorar desde esta perspectiva la participación, el resultado permitía dimensionar el costo de la aportación voluntaria que en muchos de los casos se perdía de vista, incluso desde los mismos participantes. Esto mismo permitió entender la capacidad de funcionamiento del Programa de Salud, desde lo local y regional, particularmente en los tiempos en los que el INI perdía la continuidad por la falta de recursos financieros, situación que ocurría año con año, principalmente en los primeros meses del año, en algunas ocasiones hasta por un semestre.

3.4.2. Continuidad y permanencia de los proyectos

El desarrollo de un proyecto requiere de una serie de recursos, entre otros los económicos. El caso de la atención a la salud es un claro ejemplo, donde además la posibilidad de autosostenibilidad es muy limitada, quizá sólo a expensas del

mercado, lo cual puede en determinado momento cambiar la esencia de la intervención.

Por otro lado la metodología que se ha seguido, tanto en los espacios gubernamentales como no gubernamentales, para el financiamiento de estas acciones, ha sido mediante el diseño de proyectos que, en el mejor de los casos tienen la apertura a que sean de tres o más años, aunque generalmente son limitados a un año. Esto significa en muchos de los casos un vacío entre la terminación de un año de trabajo y la continuidad con el siguiente. En el caso del PSCMC esa fue la regla, el Instituto Nacional Indigenista estuvo financiando durante 10 años y en ese tiempo año con año siempre hubo meses en los cuales no se tenía “liberado” el recurso económico.

Vale reconocer los esfuerzos que hacia la entonces directora del Centro Coordinador Indigenista de Santo Domingo, jurisdicción a la que pertenecía el equipo médico del PSCMC, buscando tener algún “ahorro” durante el ejercicio anual para de esta forma tratar de solventar los gastos durante los meses que no se tenía el recurso económico. Finalmente aunque esto ayudaba no resolvía el problema, por lo general en el aspecto salarial debíamos esperar algunos meses o bien recibir algún adelanto. En cuanto al funcionamiento nuestras actividades también se veían disminuidas, solo por mencionar, el consumo mensual de gasolina oscilaba entre los 1 000 y 1 200 litros de gasolina, (que movilizaban a tres vehículos terrestres y dos lanchas). El mantenimiento de los vehículos era muy alto, por ejemplo, un juego de llantas para terracería tenía una duración de 4 a 5

meses, la suspensión y carrocería estaban en constante mantenimiento, quizá un indicador del grado de desgaste y deterioro de los vehículos es cuando el chasis de una camioneta se partió en dos.

Este escenario llevó al grupo médico a la reflexión sobre qué hacer. La dinámica de trabajo en campo tiene una distancia enorme con la burocracia institucional, dicho de otra forma los compromisos que se hacen en campo, de frente a la gente con la que se trabaja en equipo, no pueden disculparse fácilmente, en todo caso lo que está en juego es la credibilidad y con ello la pérdida de la continuidad en algunas acciones, que implica entre otras cosas casi como volver a empezar.

¿Qué hacer? Cerrar filas con la población tratando de entender su situación y que ellos entiendan la nuestra, luego buscar soluciones conjuntas. Primero fue entender las limitaciones, tanto personales como desde la institución, inherentes a esta situación, en segundo lugar señalar que nuestro interés (del grupo médico) iba más allá del compromiso y/o política institucional, la razón, se trataba de una propuesta que representaba parte de nuestro proyecto de vida. Finalmente en la búsqueda de respuestas logramos tener un financiamiento externo, no gubernamental, en calidad de "préstamo puente" en tanto llegaba el financiamiento del INI.

La seguridad de contar con los recursos en forma permanente se tradujo en una mejor planeación y ejecución de las actividades, en capacidad de seguimiento

a cada una de las actividades, en capitalización de cada uno de los resultados, en mayor credibilidad y confianza de la población hacia nosotros como grupo externo.

3.4.3. Participación comunitaria

Participar implica ser parte, formar parte, ya sea desde lo individual o desde un colectivo, en este caso se trata de comunidades enteras, de ahí el adjetivo. A una definición tan simple se le han hecho numerosas interpretaciones y análisis. Me parece que el problema radica más en el fondo, tiene que ver con responder si realmente ¿Interesa hacer partícipe al otro? ¿Hasta dónde queremos que la otra parte tenga injerencia en las decisiones? ¿En todas las decisiones?

En el espacio gubernamental y dentro de las políticas públicas en México, este concepto -de participación social- ha tenido mucha promoción, y más allá de lo que conceptualmente se diga, en la práctica y en el caso de la atención a la salud, la participación de la población se ha centrado, por no decir reducido, al mantenimiento de las clínicas rurales (Unidades Médico Rurales, del IMSS, Centros y casas de Salud de la SSA). Para ello se nombra un comité de salud que ante la responsabilidad operativa que tiene impone cuotas a los usuarios para la compra de artículo de limpieza, pintura y otros materiales necesarios para el mantenimiento. En cuanto a la capacidad de intervención en problemas como la falta de medicamentos, el desempeño del personal de salud, - médico, enfermera, técnico en salud – es muy limitada, de hecho existen numerosos casos en donde la población se queja de la mala atención y es la misma institución la que se

encarga de atender estas quejas, actuando como juez y parte. De las políticas de salud y sus programas ni qué decir, la población no tiene voz en ello.

En el PSCMC se trabajó desde su inicio en la idea de construir desde la base, haciendo realmente partícipe a la población, escuchando sus propuestas y puntos de vista, reflexionando y discutiendo las diferentes opciones, decidiendo desde las asambleas comunitarias y asumiendo en colectivo lo que la mayoría expresaba.

El escalamiento que se dio desde el primer curso sobre primeros auxilios a dos grupos de hombres y mujeres, jóvenes en su mayoría que desconocían por completo el concepto de promotor de salud, hasta la construcción de una red de servicios de salud, articulados y coordinados desde una asamblea representada por todas las comunidades de la región Marqués de Comillas, fue posible gracias a la participación activa de la población. Es sin duda la evidencia de la capacidad de la población para organizarse y encontrar respuesta a sus problemas. Es también, sin lugar a dudas uno de los puntos neurálgicos para que un proyecto de carácter social pueda alcanzar sus objetivos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En este capítulo haré referencia a tres puntos; el primero tiene que ver con datos e indicadores que permiten conocer el alcance del trabajo en salud realizado desde el PSCMC, en un lapso de 10 años. Para ello hago un recuento de los servicios de salud en 1994 en la región de Marqués de Comillas y la relación que estos tienen con el PSCMC. En cuanto al beneficio hacia la población presento algunos indicadores de salud – enfermedad y lo que se refiere a participación social. Por último menciono los que considero los principales actores y su relación con el PSCMC.

El segundo punto describe la forma en que el PSCMC sufre una serie de cambios importantes a partir del primero de enero de 1994, fecha en que el Ejército Zapatista de Liberación Nacional se levanta en armas en Chiapas. La capacidad de respuesta del PSCMC y el rumbo que toma a partir de esta fecha, son también elementos a considerar en este capítulo.

El tercer punto se refiere a cómo esta experiencia logra ser parte de otra, que paradójicamente en su aparición genera un impacto que afecta seriamente al PSCMC. Se trata del proyecto autónomo zapatista, particularmente del Sistema de

Salud Autónomo Zapatista y la contribución que se logra de la experiencia del PSCMC.

4.1. A 10 años, una fotografía en 1994

4.1.1. Desarrollo Regional

A 21 años de haber iniciado el proceso de colonización (1973-94) y a 10 años del surgimiento del trabajo en salud comunitaria, la región Marqués de Comillas cuenta una red de servicios de salud que quizá ninguna otra región de estas características ha tenido. Si pudiéramos comparar, solo dando un "salto" hacia la región de las Cañadas del municipio de Ocosingo, lugar con más tiempo de colonización y con mayor población, encontramos un vacío en cuanto a servicios de salud, además de otros, elementos que de hecho son detonantes del levantamiento indígena del EZLN.

Marqués de Comillas cuenta en 1994 con una población cercana a los 20,000 habitantes, distribuidos en 36 comunidades, en una extensión territorial de casi 180,995 hectáreas.³⁶ Los servicios de salud que existen dan cobertura a toda la región y se distribuyen de la siguiente manera:

En Benemérito de las Américas, que es la localidad de mayor población (4,000 habitantes, aproximadamente) se encuentra un Hospital de segundo nivel,³⁷

³⁶ Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología, Chiapas. 1995

³⁷ El sistema nacional de salud considera 3 niveles de atención asistencial, el primer nivel se refiere al primer contacto que un paciente debe tener con un servicio de salud y se expresa en un centro

bajo la dirección del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que fue inaugurado en 1992. Cuenta con los servicios de consulta externa, Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Cirugía General, con 18 camas para hospitalización, además de las de Ginecología. Aunque no funciona al 100 por ciento, básicamente por la falta de medicamentos y por la irregularidad del personal médico de especialidad, lo cierto es que resuelve una cantidad importante de problemas asistenciales, siendo un importante punto de referencia de la red de servicios de salud comunitaria. En cuanto a cirugía, generalmente las que son susceptibles de programarse se atienden ahí. Las urgencias por lo general se canalizan hasta Palenque.

En lo que se refiere al primer nivel de atención existen 6 unidades médicas, 2 son Unidades Médicas Rurales, (UMR) del IMSS del programa Coplamar, ubicadas en Pico de Oro y Flor de Cacao, construidas en 1983; las otras 4 son Casas de Salud ubicadas en Quiringuicharo, Boca de Chajul, Quetzalcóatl y Nuevo Veracruz, construidas entre 1987 y 1988, por el Instituto Nacional Indigenista (INI) con la participación de la población local. Estas seis unidades tienen la característica que cuentan con personal médico y suministro de materiales y medicamentos por las respectivas Instituciones. En el caso de las Unidades construidas por el INI, el personal médico que las asiste es de servicio social de la Universidad Autónoma Metropolitana, en coordinación con la

de salud con presencia de un médico general, enfermera y técnico en salud, su cobertura es de 1,500 a 2,000 habitantes. El segundo nivel implica un hospital con al menos cuatro especialidades básicas que son cirugía, pediatría, medicina interna y ginecología, y su cobertura es regional, en Chiapas oscila en 200,000 habitantes. El tercer nivel considera otras especialidades y mayor capacidad de atención (camas).

Secretaría de Salud, y bajo la dirección del Programa de Salud Comunitaria de Marqués de Comillas (PSCMC).

En un nivel menor, más no menos importante, existe una red de 27 Casas de Salud, 12 de ellas construidas por el INI y 15 construidas por las propias comunidades, todas cuentan con personal local capacitado como Promotores o Promotoras de salud, en promedio dos personas por localidad, además, 32 parteras capacitadas distribuidas en la mayoría de las poblaciones. En total, estos 45 Promotores de salud y 32 parteras funcionan bajo la dirección del PSCMC en coordinación con el INI.

En resumen tenemos: un hospital de 2° nivel, 6 Unidades Médicas de primer nivel y 27 Casas de Salud, todos estos recursos sin duplicarse, lo cual nos permite de entrada sacar algunas conclusiones:

- 7 localidades cuentan con un servicio de primer nivel de atención (incluyendo la sede del Hospital)
- 21 localidades, que equivale a un 61 por ciento de la población tienen cobertura real, esto es considerando que cada localidad con unidad médica asiste a 2 localidades periféricas.
- 13 localidades (29 por ciento) tienen cobertura desde las Casas de Salud Comunitarias, todas cuentan con farmacia comunitaria y Promotores de salud y,
- Las 34 localidades de la región tienen cobertura de 2° nivel de atención a través del Hospital Regional.

De esta forma toda la región tiene acceso a un servicio de salud, aun cuando un 29 por ciento queda fuera del alcance de un primer nivel de atención, cuentan con un servicio de primer contacto y, por otro lado, toda la región tiene cobertura de segundo nivel.

En lo que se refiere al tema de medicamentos, la creación y el abasto continuo de las 3 bodegas de medicamento del PSCMC ha permitido ofrecer a la población en general una opción de medicamentos a costos más bajos que en las farmacias particulares, y a las casas de salud una alternativa de surtimiento continuo de su cuadro básico.

En relación con el trabajo de herbolaria, en el PSCMC se formó un equipo de promotores de salud para la de producción de preparados a base de plantas medicinales, con asesoría y apoyo de profesionistas. Los productos elaborados han sido evaluados desde la práctica en la consulta médica y se comercializan en las bodegas de medicamento. Esto representa una alternativa terapéutica de bajo costo y fácil acceso, aporta a la recuperación de prácticas tradicionales y permite a los promotores integrantes de este equipo un pequeño ingreso.

Los elementos antes mencionados son un indicador de la capacidad de organización del PSCMC.

En lo que se refiere a la organización interna, la estructura del PSCMC se fue formando de abajo hacia arriba, desde cada comunidad, desde cada asamblea, inicialmente representadas por sus promotores de salud, luego según

se fue haciendo necesario se nombraron comités de salud y por último es la asamblea de promotores de salud la instancia amplia donde se define la dirección del PSCMC.

En cuanto a la estructura operacional y áreas de trabajo se definieron; herbolaria, dental, capacitación, derechos humanos y nutrición.

Un logro importante, en lo que se refiere a reconocimiento de este programa, fueron las becas de servicio de 200 pesos mensuales que se otorgaban mensualmente a los promotores de salud y parteras. El mecanismo de entrega fue a través de las asambleas comunitarias quienes tenían la facultad de aprobar o reprobar el trabajo de promotores y parteras.

4.1.2. Daños a la salud

En este apartado haré referencia a los resultados de tres programas asistenciales: atención maternoinfantil, vacunación y paludismo.

El primero tiene que ver con la mortalidad maternoinfantil, que desde años ha sido un reto para los servicios asistenciales, no solo en el nivel nacional sino desde la misma Organización Mundial de la Salud. Esto ha llevado a que en los últimos años se han considerado los indicadores de mortalidad maternoinfantil como indicadores de calidad en la atención de los servicios de salud. De ahí la relevancia de los resultados de este programa.

A partir del inicio del trabajo con parteras en 1988 hasta 1994 se registraron más de 400 partos atendidos por ellas,³⁸ de los cuales no se presentó un solo caso de tétanos neonatal, se registraron 10 muertes en neonatos y una muerte materna. Aún cuando se había logrado disminuir, esto no indicaba una tasa de mortalidad materna de 2.5 por cada mil nacidos vivos, datos muy alarmantes. En ese mismo periodo, en la región Altos del estado, en el municipio San Andrés Larráinzar, se registraba una tasa de 457 por 100,000 nacidos vivos (4.5 por mil nacidos vivos).³⁹

El primer paso estaba dado, las Parteras habían logrado incidir positivamente en la mortalidad materna. Valga señalar que la muerte materna registrada obedeció a una complicación durante el parto y que la partera procedió en tiempo y forma, sin embargo, el traslado de la comunidad Arroyo Delicias hasta el Hospital de Palenque, llevó más de 14 horas, recorriendo 250 km por terracería, factor que determinó la muerte.

El segundo programa es el de vacunación, que se inscribe en las acciones preventivas y que para su implementación requiere de una estrategia más allá del concepto asistencial, de su importancia se desprende el programa nacional de “Días Nacionales de Vacunación”, que en su arranque requirió el apoyo de otras instituciones, tanto para la logística (personal, vehículos, insumos) como para el

³⁸ Base de datos en tarjetas de registro del Parto del PSCMC, en archivo de Salud y Desarrollo Comunitario A.C.

³⁹ “Muerte Materna en los municipios indígenas de los Altos”, Graciela Freyermuth Enciso, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social del Sureste (CIESAS – Sureste) 1998.

control estadístico, en aquellos años sin el apoyo de los programas de cómputo que ahora existen.

En el caso de vacunación, la cobertura que alcanzó el Programa en la población infantil es de entre un 90 a un 95 por ciento, lo que contribuyó a disminuir la morbilidad por enfermedades prevenibles por vacunación como son Poliomielitis, Difteria, Tos Ferina, Tétanos, Tuberculosis, Sarampión. El trabajo de vacunación se respalda con la elaboración de las Carpetas Comunitarias elaboradas por promotores y asesores. Se trata de un archivo actualizado de la población susceptible de ser vacunada y los datos de las aplicaciones de biológico que han recibido y que le falta por recibir. Esta cobertura no se ha logrado en muchas de las áreas rurales del estado y el país, aún con la participación del Sistema Nacional de Salud y todos los recursos con que este cuenta, mientras que en Marqués de Comillas se ha alcanzado gracias a la participación comunitaria a través de los promotores de salud.

El tercer programa es del Paludismo, también inscrito en el área preventiva y que a diferencia del de vacunación, adicionalmente se trata de una iniciativa desde lo local, que involucró a toda la población y cuyos resultados marcaron en forma positiva el comportamiento de esta enfermedad en la región.

La Campaña contra el Paludismo, implementada por el PSCMC consistió en Tomas Colectivas de Medicamento Antipalúdico efectuadas por los promotores de salud en todas las comunidades de la región, el rociado intradomiciliario (realizado

por rociadores voluntarios en 1988, y por personal de la Secretaría de Salud en los siguientes años), el saneamiento ambiental (promovido por los promotores de salud) y el control de enfermos detectados (realizado en gran porcentaje por los notificadores de la SSA y promotores), todas ellas acciones que durante al menos 5 años se hicieron de forma sistemática, lo que permitió romper el ciclo reproductivo y de infección del mosquito transmisor, logrando tenerse bajo control en una región de por sí endémica.

La campaña contra el paludismo dejó ver sus resultados desde los primeros años ya que desplazó esta patología del 1º y 2º lugares al 5º y 6º, dependiendo de la época del año. De ahí en adelante cada año se lograba desplazar un lugar más hacia abajo hasta que finalmente desapareció de entre las primeras 10 enfermedades infecciosas registradas en la región.

4.1.3. Organización social

La formación de promotores y promotoras de salud, el liderazgo que emerge desde el PSCMC, la aceptación de este programa desde las organizaciones sociales y por último, los principales actores sociales y su relación con el PSCMC son algunos elementos que interactúan en el escenario social de la región.

Formación de Promotores y promotoras de salud

Los resultados rebasaron las expectativas planteadas con varias generaciones de promotores de salud que terminaron su formación. En total son 56 promotores de salud activos, de los cuales 45 cuentan con la capacitación básica completa de 5 cursos y se mantienen en un programa de educación continua a través de talleres de seguimiento y actualización semestrales, mientras que los 11 restantes se encuentran en proceso de capacitación faltando uno o dos cursos para concluir los cinco cursos básicos.

En cuanto a los tres promotores de salud capacitadores (dos hombres y una mujer), su formación ha tenido un importante resultado de tal forma que han sido ellos y ellas, bajo la supervisión de los asesores, quienes prácticamente han capacitado en su totalidad los grupos de promotores más recientes en su formación.

La formación teórica que han recibido consiste en talleres y cursos con otras organizaciones afines en el país, atendiendo tres líneas de formación: política en salud, metodología para la educación popular y aspectos técnicos de la salud. A esto se suma el trabajo de campo, donde junto con asesores trabajan la planeación, ejecución y evaluación de los cursos. Adicionalmente, se integró al equipo de capacitación del PSCMC un médico, y este equipo realizó la capacitación de promotores en la región norte cercana a Palenque y en las cañadas, con un total de 125 promotores de 73 comunidades.

El liderazgo

La participación de hombres y mujeres que vivían un complicado proceso de colonización, jóvenes en su mayoría, aunque particularmente en el caso de las parteras la gran mayoría mujeres adultas y adultas mayores, incidiendo en un proceso de atención a la salud con un enfoque orientado desde la causalidad social, dinamizado con el análisis permanente sobre el desarrollo regional y sus implicaciones, son en suma un proceso de formación que les ha permitido hacerse de herramientas de análisis. Esto a su vez ha derivado en liderazgos, que en la práctica se traducen en la ocupación de cargos importantes tanto en sus respectivas localidades como en organizaciones sociales. Como casos que llaman la atención cabe señalar el de dos mujeres promotoras de salud que han ocupado cargos de Presidenta del Comisariado Ejidal y Agente Municipal respectivamente.

Aceptación desde las Organizaciones Sociales de la Región

En 1995, durante el primer encuentro campesino, donde participaron las tres uniones de ejidos de la región, "Julio Sabines", "Movimiento Campesino Revolucionario Independiente" y "Unión Fronteriza del Sur", reconocen el valor del Programa de Salud Comunitario y piden apoyo para la consolidación, mediante un desplegado que hace mención de varios puntos.

En la práctica desde sus inicios el PSCMC tuvo la aceptación y aprobación de las Uniones de Ejidos, lo que permitió que poco a poco el PSCMC se implementara en todas las comunidades.

Esto mismo constituye otro logro importante, al ser un espacio que aglutinó, a través de la salud, a toda la región.

Principales actores y su relación con el PSCMC

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), El Instituto Nacional Indigenista (INI), Secretaría de Salud (SSA), Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco (UAM-X), Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas (PSCMC) y Población Local y Organizaciones Sociales de la región. En conjunto, este bloque juega un papel importante en la atención a la salud de Marqués de Comillas.

La interacción de estos actores se da a partir del dinamismo que el PSCMC genera desde sus primeras acciones en salud. La capacidad de convocatoria que se logró desde las asambleas de PRS, es un factor determinante para que se construya el hospital en la localidad Benemérito de las Américas, bajo la coordinación del IMSS. Es justamente la red de Casas de Salud -una en cada localidad- y las 6 unidades médicas de primer nivel, asistidas por PRS y personal médico, lo que hace que la entonces delegada de salud estatal considere la solicitud de la región para la construcción de un hospital.⁴⁰

Para la Secretaría de Salud este Programa representó la posibilidad de hacerse presente en un lugar tan complicado y alejado de la incipiente red de servicios de salud que existía. Los casos señalados en cuanto a la vacunación,

⁴⁰ Es en la Asamblea de promotores de salud y parteras celebrada en la localidad de Reforma Agraria en abril de 1989, donde una representación de los servicios de coordinados de salud en el estado representada por la Dra. María Eugenia Melgar hace el compromiso de construir este hospital.

paludismo, mortalidad materna dan cuenta de ello. Aunque ausente (la SSA) siempre estuvo presente. La aprobación del proyecto que año con año permitía el flujo de recursos fue con el consentimiento de la SSA. En algunos casos, en desacuerdo y más bien con la presión de contar con eso o nada, ya que el INI como instancia federal tenía una injerencia directa.

La Universidad Autónoma Metropolitana encuentra en este lugar espacio y experiencia para sus egresados de las licenciaturas del área de la salud. El reto estaba en motivar a los y las egresadas a que participaran en un lugar tan difícil, la respuesta a esto fue desde la experiencia y motivación que año con año llevaban quienes participaban.

Coordinación Interinstitucional

Se orientó hacia una coordinación local entre los distintos actores que participan en la salud de la región considerando tanto instituciones como población, a través de sus representantes locales y de organizaciones campesinas.

Esta coordinación local de salud persigue no duplicar funciones y fortalecer las acciones necesarias en beneficio de las comunidades, sin importar si para ello es necesaria la presencia de dos o más instituciones.

Así, por ejemplo, existen comunidades en las que participaron la SSA, a través del Centro de Salud, el IMSS, a través de la cobertura hospitalaria, la UAM, a través de Médicos en Servicio Social, el INI, a través del apoyo y seguimiento de

Promotores y Parteras, y las Comunidades, a través de su personal voluntario y sus casas de salud y farmacias.

En este sentido, se parte del principio de reconocer nuestra capacidad como institución, como equipo de trabajo y como personas, para así ubicar las limitaciones y no ofrecer más de lo posible. Con esto, podemos invitar a la participación y entender la importancia de ésta, abrir un espacio que tienda más a la horizontalidad, donde las propuestas y la ejecución del proyecto sea responsabilidad de todos.

En lo que respecta al IMSS, se definieron en forma coordinada áreas de influencia, relación con promotores de salud y parteras, vacunación y referencia y contrarreferencia de pacientes con el Hospital Benemérito de las Américas.

4.2. La ruptura, periodo 1995-1996

La secuencia de trabajo que se había dado en los años anteriores, en el área de la salud, sufre un giro repentino y radical. Paradójicamente, un programa que había sido objeto de varios reconocimientos desde instancias locales e internacionales (Banco Mundial), Foro Palenque 1992, Sedesol, SSA, INI, y las mismas Uniones de Ejidos, de un momento a otro deja de recibir apoyo de las instituciones gubernamentales.

En 1995 se dan una serie de acciones que, en el marco de la declaración de guerra del EZLN al gobierno federal, podrían tener más de una interpretación.

Por su parte, el PSCMC percibió un intento de desarticulación con los siguientes sucesos:

4.2.1. Suspensión de financiamiento

A partir de 1995 se nos informa que el financiamiento para los programas de salud que operaba el Instituto Nacional Indigenista se ejecutarían a través de la SSA. Los argumentos mencionados fueron que la Secretaría de Salud sería quien se encargaría de ejercerlos por ser cabeza de sector y por la importancia del mismo Programa. Para 1995 el Programa de Salud de Marqués había logrado proyectarse, principalmente por su metodología, a otras regiones como el Valle de Santo Domingo y las Cañadas, donde con el apoyo del INI se implementaron proyectos de salud a en 1990 y 1993, respectivamente.

4.2.2. División entre promotores de salud

Una vez que la SSA y el IMSS tienen los recursos y la indicación de posicionarse en la región Marqués de Comillas, dejan de reconocer la participación de una buena parte del grupo de promotores de salud, quienes habían servido tanto a la comunidad, como al sistema nacional de salud a través de su participación. Dicho reconocimiento se manifestaba por medio de una beca de servicio, de 200 pesos mensuales y equivalía a 10 días de trabajo, que se correspondían con el trabajo del promotor, por lo general dedicando medio tiempo después de realizar sus actividades productivas.

Esta situación se presentó cuando la Secretaría de Salud ofreció apoyo sólo a algunas localidades, y en general sólo a un promotor por localidad, donde en algunos casos había hasta tres promotores de salud. La manzana estaba puesta en medio y la lucha por conseguirla no tardó en dejarse ver.

4.2.3. SSA suspende plazas de servicio Social de la UAM-X, en Chiapas

Después de más de 10 años de participación de la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco, en Chiapas, particularmente en la Jurisdicción Sanitaria VI, con 20 plazas de servicio social, 4 de estas en Marqués de Comillas, la SSA en Chiapas suspende de manera unilateral el convenio de colaboración.

Los argumentos que presentó la SSA fueron que había considerado, ante los sucesos del 94, que estas unidades debían tener personal de contrato y no eventual, como es el caso de los médicos pasantes en servicio social (MPSS), lo cual parecía lógico, aunque esto mismo no impedía que los médicos de la UAM siguieran prestando su servicio social, sobre todo considerando que en algunos casos la carga de trabajo era considerable, además que por ser unidades dispersas y a distancias considerables de la sede (Palenque), el calendario de trabajo mensual obligaba a trabajar 20 días por 10 de descanso, significando ausencia de personal médico durante estos 10 días. De haber continuado con médicos en servicio social aumentaría la capacidad de atención.

4.2.4. Condicionamiento de la atención de SSA e IMSS en comunidades

A cambio de que las comunidades no participaran con el PSCMC, la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social ofrecían atención médica o paquetes de medicamentos a las casas de salud comunitarias, situación que ponía en una disyuntiva a la población y que en un sentido práctico se tradujo en división entre el sector de la población que se atendía desde el PSCMC y quienes se atendían por la SSA e IMSS.

4.2.5. Los efectos

Es a partir de 1995, que el PSCMC sufre un deterioro, no solo se cierran las posibilidades de apoyo por parte de las Instituciones, INI, SSA e IMSS, además se bloquea la posibilidad de trabajo de este programa. Aún así el PSCMC se mantuvo con apoyo del grupo asesor constituido en la asociación civil, Salud y Desarrollo Comunitario (SADEC), y con el apoyo de médicos, odontólogos y enfermeras en servicio social de la UAM. En los años siguientes algunas casas de salud comunitaria fueron cerrando, en 1999, 12 comunidades con 7,500 habitantes que representan un 30 por ciento de la región, ya no contaban con casa de salud comunitaria, por falta de recursos como medicamentos y material médico, beca para promotores de salud, seguimiento y asesoría técnica. Programas como el de Vacunación, Paludismo y Materno Infantil, vieron descender sus metas, a pesar de la presencia de más personal médico y recursos de salud, en este caso del IMSS

y la SSA, además de unidades médicas móviles, ciertamente sin regresar a los niveles que se registraron inicialmente.

Poco a poco una parte de promotores, promotoras y parteras fueron reclutadas por los servicios de salud Institucionales, quedando otro grupo considerable sin apoyo.

Un último intento importante de retomar el PSCMC fue el que se impulsó en el 2000, cuando al instalarse un gobierno municipal bajo las siglas del PRD en el recién creado municipio Marqués de Comillas, se hizo una invitación explícita a la asamblea de promotores y parteras para que se retomaran las líneas de trabajo de este programa. Esto derivó en la obtención de una serie de recursos, menos que en los años anteriores, pero que abrían una posibilidad de reposicionarse. Sin embargo, el escenario se había modificado radicalmente, la lucha política se daba desde los partidos políticos, el narcotráfico se había instalado en la región, de hecho ya no se definía como Una Región ahora se trataba de dos nuevos municipios, muchas familias abandonaron la región ante la disyuntiva de ser parte o estar en contra del narcotráfico, todo ello modificando radicalmente el concepto de participación social de años atrás y en esencia el factor medular.

Finalmente en el año 2004 se planteó la decisión de disolver la dirección del PSCMC, dejando articulados a un pequeño grupo de parteras y promotores de salud con otros colectivos.

Dejando también una huella visible en lo que se refiere a la atención de primer nivel, ya que de las unidades médicas actuales en Marqués de Comillas, sólo una se ha construido en el periodo 1994-1999, el resto existía previamente, y de esas, 4 surgen desde el PSCMC, que son las que actualmente atiende la Secretaría de Salud. En total estas 7 unidades dan una cobertura real a 21 localidades, un 46 por ciento de las localidades, comparado con un 61 por ciento que cubría en el periodo 1988-1994, en este caso lo que ocurrió es que la región siguió creciendo, no así los servicios de salud.

Aunque rebasado, el hospital de segundo nivel de Benemérito de las Américas es un referente en términos de cobertura hacia la red comunitaria, ahora con un vacío ante la pérdida de casas de salud, incluso más que eso, al romper el esquema de participación social que permitía atender otras acciones de salud.

4.3. Del Programa de Salud Comunitaria en Marqués de Comillas al Sistema de Salud Autónomo Zapatista

La emergencia instalada a partir de 1994 con el levantamiento indígena y la suspensión del financiamiento al PSCMC, llevó a que un grupo conformado por asesores, que hasta ese entonces participaban dentro del PSCMC, y promotores de salud coordinadores de este programa, buscaran la forma de continuar su trabajo en Chiapas, encontrando en un espacio no gubernamental esta posibilidad.

La figura se define asociación civil y toma como nombre Salud y Desarrollo Comunitario (SADEC), se instala en el marco de la emergencia y considera como espacios de trabajo tanto la región Marqués de Comillas como la región Norte y Selva de Chiapas.

En las regiones Norte y Selva se orienta hacia la atención de asistencia médica de emergencia, en un escenario militarizado y en conflicto.

Durante el primer año (1995) se abren dos espacios de trabajo, en el segundo un tercero y así año con año se suman en total 8 regiones o municipios autónomos, en los que se tiene la oportunidad de compartir experiencia y metodología aprendida en el PSCMC. Paradójicamente, mientras en Marqués de Comillas cada vez se limitaban más las posibilidades de continuidad, en los espacios autónomos aumentaban.

A diferencia de la experiencia anterior, en este caso la participación inicia como trabajadores de la salud, solidarios con el movimiento y la situación, con una experiencia, siempre bajo la coordinación de autoridades autónomas. El espacio, regiones muy cercanas a Marqués de Comillas pero con otra historia, en su mayoría habitadas por población indígena, colonizadas muchos años antes, sin ninguna estrategia, más allá de escapar y romper el ciclo de esclavitud que vivían los indígenas en otras regiones de Chiapas. El contexto social, un hartazgo de esta situación que les perseguía de uno a otro lado y que finalmente deriva en ¡Ya Basta! por la vía de los hechos y las armas.

Los resultados están directamente relacionados con la estructura del Sistema de Salud Autónomo Zapatista, con promotores de salud y parteras que han sido formados bajo la metodología aprendida, con promotores de salud multiplicadores, con la red de casas de salud que la población ha construido y con las 8 unidades médicas en las que actualmente SADEC participa en coordinación con la UAM-X, todo ello evaluado desde la población y las autoridades autónomas.

CONCLUSIONES

La experiencia generada del PSCMC es una de las pocas experiencias comunitarias en materia de salud en Chiapas -y probablemente a nivel nacional- que impacta en una región. Es también una propuesta que permite ver la incapacidad y limitaciones de la SSA para alcanzar una cobertura real y llegar a toda la población, particularmente en el ámbito rural, donde en la propuesta de un primer nivel de atención debía dar cobertura a 5,000 habitantes, lo cual, considerando la dispersión de la población y dificultades de comunicación, hacía imposible cumplir este indicador.

En el fondo esta experiencia deja ver un primer nivel de atención que descansa en la población, en este caso desde lo asistencial hasta la definición de una política de salud. Esto supone, entre otras cosas, reconocer las capacidades de la población, incluyendo la del empoderamiento. Lo que explica, en cierto sentido, la acción institucional para retomar e institucionalizar el trabajo de salud en Marqués de Comillas. Visto desde otro ángulo deja ver también la falta de una propuesta o posicionamiento político desde la población, donde el tema de salud sea uno entre otros y la visión esté más allá de lo asistencial, defendiendo cada uno de los logros alcanzados.

En contraparte, muy cerca y a la vez muy lejos, el EZLN se deja ver en 1994 con un proyecto político que impulsa desde la base de la autonomía, donde la construcción de la salud es uno de los puntos medulares. En este proceso de construcción, la experiencia anterior aporta una visión política de la salud, experiencia y metodología, elementos que ya son parte del Sistema de Salud Autónomo Zapatista.

Algunas interrogantes quedan para la reflexión:

¿Por qué la población de Marqués de Comillas no tuvo la capacidad de mantener el liderazgo alcanzado desde el tema de salud?

O quizá ¿no quiso mantener el liderazgo?

¿Realmente compartían el mismo imaginario político población y asesores?

O a fin de cuentas se trataba de dos visiones coincidentes en un primer objetivo, el de contar con un servicio de salud, que ante la ausencia de este la población decidió participar, pero una vez que la institución aparece la población lo ve más como un logro que como una amenaza.

O quizá, ante la ausencia de un referente en salud, en un vacío institucional, la población no dimensionaba la diferencia entre una política de salud y otra, la creada por el mismo PSCMC y la que se instala desde la SSA y el IMSS luego del 94.

¿Es la clara expresión de un proceso social, dinámico, complejo, con sus altibajos,
que sigue vigente en Chiapas?

ANEXO 1

Indicadores de Economía:

Calidad de terrenos en 32 localidades:

98,374 hectáreas aluvial (59%)

66,997 hectáreas no aluvial (41%)

Utilización del suelo (165,371 has):

Arboladas	66%
-----------	-----

Acahuales	16%
-----------	-----

Ganadería	10%
-----------	-----

Cultivos comerciales	2%
----------------------	----

Cultivos básicos	6%
------------------	----

Producción cultivos básicos (10,163.1 has)

Excedentarias	49%
---------------	-----

1263 autosuf/excedentes	12%
-------------------------	-----

1973 autosuficiencia	19%
----------------------	-----

2005 deficientes	28%
------------------	-----

Sistema de abasto – 99 establecimientos

Tiendas particulares	76%
----------------------	-----

Conasupo	22%
----------	-----

Algunos indicadores sobre Religión y Educación:

68 grupos religiosos – 32 localidades

23 Católicos	39%
7 Evangelistas	12%
19 Protestantes	17%
8 Adventistas	13%
3 7° día	5%
1 Sabatista	3%
6 Pentecostés	10%
1 Bautista	2%

Nivel educativo – 32 localidades:

2 Localidades nivel 2° primaria	6%
3 Localidades nivel 3° primaria	10%
1 Localidad nivel 4° primaria	3%
10 Localidades nivel 6° primaria	44%
2 Localidades nivel telesecundaria	6%
18 Localidades sin escuela	31%

BIBLIOGRAFÍA

- Albores Guillén, Roberto, 1999. Iniciativa de Decreto para la Creación de los Municipios de Aldama, Benemérito de las Américas, Maravilla Tenejapa, Marqués de Comillas, Montecristo de Guerrero, San Andrés Duraznal y Santiago el Pinar, abril, Gobierno de Chiapas, México.
- Arellano, M. José L., Víctor Pérez Grovas, Fernando Brauer Granados, 1982. *Propuesta para la Integración del Distrito de Desarrollo Rural, "Selva Lacandona"*, Chiapas, México.
- Cabrera, María Luisa, 1995. "Otra historia por contar", Promotores de salud en Guatemala, Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA), Guatemala.
- Casco Montoya, Rosario, 1984. *Desarrollo Rural Integral de la Selva Lacandona*, Comisión del Plan Nacional Hidráulico, Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos (SARH), D.F., México.
- Castillo B., Teresa; D. Gonzalo Hernández, José L. Pontigo S., Juan Pholenz C., Manuel Rabasa G. 1980. *Estructura agraria y clases sociales en Chiapas*, Centro de Investigaciones Ecológicas del Sureste, Chiapas.
- CIACH, CONPAZ, SIPAO, 1997. *Para entender Chiapas, Chiapas en cifras*, Centro de Información y Análisis de Chiapas (CIACH), Coordinación de Organismos no Gubernamentales por la Paz (CONPAZ), Servicios Informativos Procesados (SIPAO), Chiapas, México.
- Comisión Interinstitucional para el desarrollo sustentable en la comunidad Lacandona, 1996. "Programa de Inversión en 1996", Gobierno del estado de Chiapas, México.

- Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados, 1986. *Los Refugiados Guatemaltecos en México, Datos básicos*, CMAR, Chiapas, México.
- Comparán Rodríguez, José Manuel, 1996. "Programa para el Desarrollo Regional y Manejo Sustentable de los Recursos Naturales en la Zona Marqués de Comillas, municipio Ocosingo, Chiapas", Memoria del Programa de Manejo Forestal para seis Ejidos del Marqués de Comillas, Palenque, Chiapas, mayo, México.
- Convenio de Ginebra relativo a la protección de personas civiles en tiempos de guerra, 12 de agosto de 1949, Ginebra, Suiza.
- De Vos, Jan, 1994. *Oro Verde*, Fondo de Cultura Económica, 1ª reimpresión. México.
- El Colegio de la Frontera Sur, 1997. *El Entorno subregional de Marqués de Comillas, Chiapas*, Ecosur, Chiapas, México.
- Fideicomiso Selva Lacandona, *Reporte Final de Actividades*, agosto 1976 – agosto -1977, Gobierno Constitucional del Estado de Chiapas, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Nacional Financiera, S.A., México.
- Freyermuth Enciso, Graciela, 1998. "Muerte Materna en los municipios indígenas de los Altos", Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social del Sureste (CIESAS – Sureste), Chiapas, México.
- García de León, Antonio, Juan Gregorio Regino, Juan Aguilera Gaspar, Luisa Paré, 1992. "Los regresos de la Historia", Revista *Ojarasca*, número 11, D.F., México.
- Gobierno del estado de Chiapas, 1990. *Propuesta de Plan de Manejo para la Reserva Integral de La Biosfera Montes Azules*, Coordinación de Programas Especiales, Equipo Técnico Planificador, diciembre, Chiapas, México.

- Gobierno del Estado de Chiapas, julio 1983. *Perfil Industrial, Región VI Selva*, Chiapas, México.
- Gutiérrez Z., Lourdes, Fernando Michel C., 1983. *Política y Políticas en el Desarrollo Rural, Aportes para el conocimiento del noreste de Chiapas*, Secretaría de Programación y Presupuesto, PIDER PSCOR, Primeros avances, noviembre, Chiapas, México.
- Heredia, Joel, Alejandrina Cabrera, Jesús Reza, Oscar Badillo, López, Concepción Silva et al. "Informes del Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas", Chiapas, 1986 – 1995, Instituto Nacional Indigenista.
- INEISACH, 1992. "Estudio de Viabilidad de Plantaciones Agroindustriales, Básicos Alimenticios y el Desarrollo Específico de módulos de Riego en las Riberas Inundables del Río Lacantún", INEISACH, Tomos I y II, Chiapas, México.
- Macías García, Alfonso, José H. Marroquín Villareal, Fernando Michel C., 1983. *Evaluación del Programa de Reasentamiento de Campesinos de la zona de Itzantún en la zona Marqués de Comillas, municipio Ocosingo, Chiapas*, Secretaría de Programación y Presupuesto, Delegación Regional, México.
- Michel C., Fernando, 1985. *Apuntes para un diagnóstico de la zona "Marqués de Comillas"*, noviembre, Chiapas, México.
- Petróleos Mexicanos, 1986. *Proyecto: Desarrollo y Preservación de la Selva Lacandona (Diagnóstico de las Áreas con Posibilidades de Desarrollo Petrolero), Informe Ejecutivo*, Gerencia de Desarrollo Regional, Subdirección de Planeación y Coordinación, Pemex, mayo, Chiapas, México.
- Programa de Control del Paludismo, S.S.A., 1986. Jurisdicción Sanitaria VI, Palenque, SSA, Chiapas, México.

Programa de Plantaciones Forestales, Marqués de Comillas, Selva Lacandona, Ocosingo, Chiapas, mayo 1997.

Revista Ámbar, 1987, número 0, octubre, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.

Sandra Reyes Fraustro, 1994. *Mortalidad materna en México*, D.F., México.

Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología, 1993. *Zona "Marqués de Comillas", Datos Básicos*, Chiapas, Sede, México.

Secretaría de Salud e Instituto Nacional Indigenista, 1993. *La Salud de los Pueblos Indígenas en México*, SSA, INI, México.

Secretaría de Salud, 1989. *Gula Práctica de Servicios e Infraestructura para la Salud*, Oficialía Mayor de la Secretaría de Salud, estado de Chiapas, México.

Secretaría de Salud, 1993. *Compendio Histórico, Estadísticas Vitales, 1893 – 1993*, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, SSA, México.

Vargas Pérez, Eduardo, Saúl Monreal Rangel (coordinadores), 1988. *Resultados del viaje de estudio en el área de influencia de Desarrollo Forestal No 1 "Palenque – Selva Lacandona"*, Chapingo, México.

Documentos:

Carpetas comunitarias de vacunación del Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas, Chiapas.

Base de datos en tarjetas de registro del Parto del PSCMC, en archivo de Salud y Desarrollo Comunitario A.C.