

T

~~282~~

418

 XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO

77630



sa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

XOCHIMILCO

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

MAESTRIA EN DESARROLLO RURAL

LAS ORGANIZACIONES POPULARES DE SALUD
EN LAS MARGARITAS, CHIAPAS. SUJETO SOCIAL
EN CONSTRUCCION.

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE

MAESTRA EN DESARROLLO RURAL

P R E S E N T A

MARIA GEORGINA RIVAS BOCANEGRA

DIRECTOR POR LA U. AM-X:

MTRO. LUCIANO CONCEIRO BORQUEZ.

DIRECTORA POR EL CIESAS-SURESTE:

MTRA. GRACIELA FREYERMUTH ENCISO.

MEXICO, D. F.,

OCTUBRE 1999.

INDICE

EL PUNTO DE PARTIDA.....1

ACERCA DE LOS MOVIMIENTOS SOCIALES Y SUJETOS SOCIALES.....8

Los cambios en el mundo a fin de siglo.
Nuevos fenómenos sociales en Europa y nuevas interpretaciones
Nuevos fenómenos sociales en América Latina y nuevas interpretaciones.
Las teorías acerca de los nuevos movimientos sociales.
Diferentes interpretaciones acerca de las perspectivas de transformación de
Los llamados nuevos movimientos sociales.
¿Qué podemos rescatar para una nueva visión del futuro?
No perder la esperanza.

LA PERSPECTIVA CONGNOSCITIVA Y METODOLÓGICA DE LA INVESTIGACION.....24

Cuestionamientos a partir de la experiencia.
La perspectiva cognoscitiva y metodológica.
Los objetivos.
Definición de conceptos.

LA REGION DE LAS MARGARITAS.....39

Ubicación del municipio de Las Margaritas.
La población tojolabal de Las Margaritas.
Los finqueros en Las Margaritas-Comitán y la revolución de 1910
La colonización de la Selva Lacandona.
La población de Los Altos y la migración a Las Margaritas.
El desarrollo en Chiapas y los conflictos por la tierra.
Los refugiados guatemaltecos en Las Margaritas.
La situación anterior a 1994.
Las Margaritas, zona de conflicto.

LA REGION DE LAS MARGARITAS DESPUES DE 1994.....52

La parte no visible del levantamiento campesino de 1994.
Los primeros días del levantamiento armado de 1994.
La entrega del finquero Absalón Castellanos y el primer diálogo entre el EZLN y el gobierno federal.
Los aliados y los enemigos
La Segunda Declaración de la Selva Lacandona y la resistencia civil.
La traición de febrero y la guerra de exterminio.
El diálogo de San Andrés o la continuación de la guerra por otros medios.
El avance de la guerra de exterminio.
La suspensión del diálogo.

INDICE

EL PUNTO DE PARTIDA.....I

ACERCA DE LOS MOVIMIENTOS SOCIALES Y SUJETOS SOCIALES.....8

Los cambios en el mundo a fin de siglo.
Nuevos fenómenos sociales en Europa y nuevas interpretaciones.
Nuevos fenómenos sociales en América Latina y nuevas interpretaciones.
Las teorías acerca de los nuevos movimientos sociales.
Diferentes interpretaciones acerca de las perspectivas de transformación de
Los llamados nuevos movimientos sociales.
¿Qué podemos rescatar para una nueva visión del futuro?
No perder la esperanza.

LA PERSPECTIVA CONGNOSCITIVA Y METODOLÓGICA DE LA INVESTIGACION.....24

Cuestionamientos a partir de la experiencia.
La perspectiva cognoscitiva y metodológica
Los objetivos.
Definición de conceptos.

LA REGION DE LAS MARGARITAS.....39

Ubicación del municipio de Las Margaritas.
La población tojolabal de Las Margaritas.
Los finqueros en Las Margaritas-Comitán y la revolución de 1910
La colonización de la Selva Lacandona
La población de Los Altos y la migración a Las Margaritas.
El desarrollo en Chiapas y los conflictos por la tierra.
Los refugiados guatemaltecos en Las Margaritas.
La situación anterior a 1994.
Las Margaritas, zona de conflicto.

LA REGION DE LAS MARGARITAS DESPUES DE 1994.....52

La parte no visible del levantamiento campesino de 1994.
Los primeros días del levantamiento armado de 1994.
La entrega del finquero Absalón Castellanos y el primer diálogo entre el EZLN y el gobierno federal.
Los aliados y los enemigos.
La Segunda Declaración de la Selva Lacandona y la resistencia civil.
La traición de febrero y la guerra de exterminio.
El diálogo de San Andrés o la continuación de la guerra por otros medios.
El avance de la guerra de exterminio.
La suspensión del diálogo.

Los municipios rebeldes en Las Margaritas.
Nueva etapa de la guerra de exterminio.
Los anuncios de agresión a los municipios autónomos.
“El desmantelamiento de los municipios autónomos”.
El silencio zapatista y la Quinta Declaración de la Selva Lacandona.

ACERCA DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y SALUD.....72

Las primeras impresiones.
Las condiciones de vida de los primeros pobladores de la selva.
Lo que dicen las cifras oficiales.
Lo que dicen los datos de las organizaciones populares de salud.
Los servicios institucionales de atención a la salud en la región.
Acerca del desarrollo.

ACERCA DE LA GENERACION DE RIQUEZA Y SUS DIFICULTADES....84

La producción en Chiapas.
La región fronteriza de Las Margaritas.
La producción y comercialización del café
El cultivo del café en la región fronteriza de Las Margaritas.
El ganado, maíz, la crisis del café y algunos caminos alternos.

ACERCA DE LOS PROMOTORES DE SALUD.....94

La resolución de los problemas de enfermedad en la Selva de Las Margaritas.
La aparición de los promotores de salud.
Quiénes son los promotores de salud.
Cómo y quiénes han formado a los promotores de salud en Las Margaritas.
Qué prácticas desempeñan los promotores de salud.
El problema del apoyo comunitario y la reproducción familiar.
El problema de los medicamentos.
El problema que representa la situación de conflicto.

LAS ORGANIZACIONES POPULARES DE SALUD EN LAS MARGARITAS.....110

LA ORGANIZACIÓN POPULAR “CULTURA MAYA”.....110

Algo del contexto.
El nacimiento de la organización campesina para la salud “Cultura Maya”
Los conflictos.
El plan general de salud
La formación de “Cultura Maya” en la zona fronteriza de Las Margaritas
Los objetivos.
La capacitación como espacio colectivo.
Otros espacios y prácticas sociales del colectivo
Necesidades y problemas.
La comisión directiva.
El Foro-Encuentro de promotores de salud en Moisés Gandhi.

LA ORGANIZACIÓN CAMPESINA "TOJTZOTZE LI MAYA"	130
La formación de la organización campesina "Tojtzotze Li Maya".	
Los objetivos.	
La capacitación como uno de los espacios del colectivo.	
Otros espacios y prácticas sociales del colectivo.	
Problemas, necesidades y forma de resolverlas. La confrontación con las instituciones.	
Forma de resolver las necesidades. La alternativa de las plantas medicinales.	
Acerca de otros problemas y necesidades.	

EL CONSEJO DE SALUD DEL MUNICIPIO AUTÓNOMO "TIERRA Y LIBERTAD".....140

Antecedentes.	
El proyecto del Consejo de Salud.	
La conformación del Consejo de Salud.	
Las prácticas sociales del Consejo de Salud Autónomo.	
La agresión gubernamental al Consejo Municipal Autónomo y la correlación de fuerzas.	
Las prácticas sociales en la nueva correlación de fuerzas.	

CONCLUSION.....152

BIBLIOGRAFIA.....164

ANEXOS.

Mapas.....	173
Cuadros	176
Políticas de Salud del Estado Mexicano.....	I

EL PUNTO DE PARTIDA.

Haber elegido como tema de tesis el de las organizaciones populares de salud en una región de Las Margaritas y su caracterización como sujeto social en construcción no fue un hecho intrascendente y mucho menos casual. Tuvo como antecedente mi formación como médica en la UAM-Xochimilco y su perspectiva social acerca del ejercicio de la medicina, así como mi llegada a Chiapas en 1983 junto con otros médicos, para colaborar en una propuesta de salud para campesinos. A partir de ese momento comenzaría mi experiencia en el aspecto clínico y en la capacitación de promotores y promotoras de salud campesinos, tanto en la cabecera municipal como en la región central de la selva del municipio de Las Margaritas hasta antes de 1994. Esta experiencia siempre compartida, estuvo compuesta de muchos sueños, facilidades y obstáculos, errores y aciertos, desencuentros y alguno que otro encuentro. La formación de promotores de salud campesinos en la selva, sería sin embargo lo más significativo en términos de experiencia y preguntas hechas al trabajo propio por espacio de casi 8 años. Además dejaría en la conciencia de la que esto escribe, incertidumbre y cierto cansancio de hacer lo mismo, sin la perspectiva de poder orientar un trabajo que trascendiera el espacio de las necesidades cotidianas porque no se veía un camino distinto. La situación cambiaría a partir de 1994.

El recorrido a lo largo de casi 8 años no fue uniforme pues tuvo a su vez accidentadas experiencias con actores diversos. De inicio trabajé en una propuesta de salud para la Unión de Uniones por poco tiempo, en los municipios de Ocosingo, Altamirano y Las Margaritas¹. Esta etapa, que permitiría conocer la región no obstante su cortedad, dejaría entrever diferencias en los estilos para hacer el trabajo en salud y la forma como debería ser apropiado ese proyecto por los campesinos beneficiarios. Esto significó la confrontación entre la experiencia previa de los médicos que llegábamos de servicio social con la asesoría teórica de la UAM - Xochimilco en comunidades campesinas, y su confrontación en la selva con asesores y campesinos formados para jugar en una política popular de "dos caras" y su concepto de independencia muy cercana a los recursos gubernamentales.

La propuesta de formación de promotores de salud para la Unión de Uniones, continuaría en la selva del municipio de Ocosingo pero no en la de Las Margaritas como producto de aquella confrontación, en parte debido al tipo de asesoría y liderazgo proveniente del pártoco de la iglesia en esa última región.

¹ Dicha propuesta consistía en formar a campesinos como "agentes de salud" los cuales deberían no solo curar sino prevenir la enfermedad, entendiendo a ésta como un fenómeno social. La capacitación comprendía 3 cursos de aproximadamente diez días cada uno donde se veían los principales problemas de enfermedad. Al término de la capacitación cada agente de salud como representante de su comunidad recibía un botiquín con medicamentos, material de curación y equipo básico de diagnóstico para la casa de salud que los pobladores se habían comprometido a construir. La etapa previa a la capacitación en la cual participé, consistió en un censo casa por casa, en cada comunidad afiliada a la Unión. Con ello se pretendía obtener información acerca de las principales enfermedades en las diferentes regiones de cada municipio, lo cual retroalimentaría a la misma capacitación. El problema principal se debió a que los importantes recursos que llegaban provenientes de agencias extranjeras con el aval de la Unión, no eran conocidos y mucho menos controlados de algún modo por los mismos campesinos a los que se pretendía beneficiar, lo que generó conflictos. Mas tarde los asesores de la Unión "pactaron" con la coordinadora de la propuesta de salud, en nombre no de un "proyecto de salud para campesinos" sino de los recursos económicos que estaban llegando.

A partir de ese momento, el recorrido de nuestra historia continuó con el trabajo clínico desde un dispensario médico en la parroquia de la cabecera municipal de Las Margaritas y la formación de promotoras y de un comité de salud constituido por creyentes católicos de los barrios. Ese espacio abierto por un sacerdote interesado en promover la atención a la salud, permitió nuestro apoyo a algunas comunidades de la selva de ese municipio, pues además de ser básicamente un centro de atención médica y referencia de pacientes, desde ahí se continuó la formación de promotores de salud a algunos campesinos afiliados a la Unión de Ejidos de la Selva. Estos habían tenido cierta capacitación a través del proyecto inicial de la Unión de Uniones y no despreciaban el apoyo que pudiéramos darles. Por intermedio del dispensario conseguían con crédito y a bajo costo el medicamento esencial para dar el servicio curativo, así como los materiales educativos necesarios para su formación como promotores de salud.

Nuestro apoyo también se dirigió a la capacitación de promotores campesinos de comunidades distintas a las de la Unión de Ejidos de la Selva, las cuales se identificaban con el trabajo de pastoral de los Hermanos Maristas y religiosas residentes en Comitán. Dicho apoyo se proporcionó a pedido expreso de estos últimos.

Puedo decir que la motivación que animaba nuestro trabajo como médicos era el querer apoyar en la resolución de los problemas más comunes de enfermedad de aquellas comunidades perdidas en la selva, con poco o ningún acceso a servicios institucionales para su atención. La clínica de IMSS-Coplamar más cercana podía quedar a muchas horas de camino, sólo para que el enfermo y su familia encontraran a su llegada que no tenía médico, no había medicina o estaba definitivamente cerrada. Cuando por fin llegaba a la cabecera municipal, las más de las veces caía en las manos de quienes ejerciendo la medicina privada y sin ningún escrúpulo le quitaban hasta el último peso, cuando no lo demandaban por no poder saldar a cabalidad su cuenta. En muchísimas ocasiones la persona enferma salía en condiciones de gravedad tan extremas que de Las Margaritas llegaba al Hospital de Comitán solamente a morir.

Es en ese contexto, que el proceso de capacitación y formación de promotores de salud en comunidades campesinas se constituía como el eje central de un trabajo encaminado a disminuir los daños a la salud de la población. Uno de sus objetivos era por lo tanto, proporcionar elementos de diagnóstico y tratamiento para resolver, en la medida de lo posible y en el mismo lugar los problemas de enfermedad, evitando que la persona se agravara o, en su caso, refiriéndola a tiempo a otro nivel de atención.

Otro de los objetivos era hacer evidentes las causas estructurales, sociales y políticas que influían en las condiciones materiales de vida, cuya expresión final era una forma particular de enfermar y morir. Este ejercicio de reflexión a través de toda la capacitación, abría la posibilidad de ir más allá de las acciones meramente curativas o preventivas. Buscaba generar en el promotor un cuestionamiento al orden establecido, llevarlo a rebelarse contra la fatalidad, contra esa forma particular de enfermar y morir como destino. Por lo tanto dejaba ver la necesidad de la organización a los niveles que fueran necesarios como premisa básica, para modificar el proceso salud-enfermedad de la población campesina indígena. Se buscaba que el promotor de salud no sólo fuera curador o educador para la salud sino ante todo un líder comunitario.

No era fácil que la comunidad viera la importancia de tener promotor de salud, como tampoco era fácil ser promotor de salud. Ello implicaba siempre responsabilidades: comenzar la atención de enfermos, promoción de acciones preventivas que la gente no siempre escuchaba ni quería llevar a cabo, trabajar parcialmente el cafetal y la milpa, o descuidar a la familia para ir a las capacitaciones. Incluso aportar recursos propios, ya que la comunidad no siempre estaba dispuesta a apoyar a su promotor de salud aunque lo hubiera elegido. Sin embargo, a veces la población beneficiada apoyaba con faenas en las labores del campo, con maíz y frijol para la familia del promotor cuando éste tenía que ausentarse, perdonándole o por lo menos no castigándolo por no poder cumplir con las faenas comunitarias.

Yo podía percibir que la organización para la salud significaba más carga de trabajo para el promotor, para la familia y para la comunidad en general. Además, hablar de organización para la salud no siempre resultaba claro. Ésta aparecía con contornos imprecisos y poco definida, aun cuando se trataba solamente de saber el número de sus integrantes. En torno a la capacitación se aglutinaron hasta 40 promotores, de una cantidad casi igual de comunidades mientras en otro momento eran sólo 15 o 10, con tendencia siempre a estabilizarse en una cifra un poco mayor.

Si la modificación del proceso salud-enfermedad de las comunidades campesinas indígenas requería del impulso a la organización en los niveles que fueran necesarios para modificar las condiciones de vida, entonces se trataba de buscar espacios incluyentes en otros niveles de organización, desde donde el quehacer del promotor de salud trascendiera lo local y cotidiano. En la búsqueda de estos espacios se propuso a los dirigentes campesinos y asesores de la Unión de Ejidos de la Selva colaborar en la elaboración de un proyecto de salud que beneficiara a sus miembros. Dicho proyecto debería formar parte de su estructura como otro más de sus quehaceres, en cuanto organización campesina con objetivos amplios. Aunque los dirigentes campesinos se mostraron interesados, no sucedió lo mismo con sus asesores, más acostumbrados a gestionar grandes proyectos económicos y privilegiar sus relaciones con las instituciones gubernamentales. Para fines de 1980 algunos de los promotores de salud de la Unión de Ejidos de la Selva que habíamos acompañado continuaban su formación a través de las ventajas que les ofrecía la vía institucional del ahora IMSS-Solidaridad.

Por otro lado la organización de promotores impulsada a través del trabajo pastoral, había dejado de ser atendida desde varios años antes. También con las religiosas y Maristas se habían dejado sentir diferencias acerca de cómo debería hacerse no sólo la capacitación, sino incluso otras acciones como la adquisición de medicamento. Pensábamos que la búsqueda de otros espacios de organización, debería rebasar en un momento dado los marcos paternal y maternal de la Iglesia, idea que evidentemente no fue bien acogida y antes bien despertó desconfianza entre el equipo pastoral que acompañaba el trabajo de salud².

² El trabajo pastoral diocesano ha sido dividido por zonas geográficas donde se asientan ciertos grupos étnicos, tal es la zona tzeltal, tzotzil o la zona chol. Las Margaritas forma parte de la zona sureste y hay un equipo pastoral que lo atiende. Los miembros del equipo sureste tenían diferencias de opinión lo cual generaba conflictos y desconfianzas entre ellos. En términos generales no estuvieron de acuerdo con la perspectiva política y estilo de trabajo del sacerdote de la parroquia de Las Margaritas, el cual apoyaba activamente a las organizaciones campesinas de la región ya fuera la CIOAC o La Unión de Ejidos de La Selva. En lo que toca al trabajo de salud en las comunidades de la selva también había algunas diferencias con la religiosa del equipo sureste que animaba la formación de promotores.

Algunos promotores habían dejado de serlo, y al parecer otros continuaban haciendo lo que podían en sus comunidades, básicamente acciones de atención curativa y preventiva. Sin embargo para 1990 y esta vez a iniciativa de varios de ellos, se continuó nuevamente nuestro apoyo a su trabajo. Se trataba de una organización más numerosa donde confluían promotores que habían sido miembros de la Unión, así como aquellos venidos de la experiencia del trabajo pastoral. Para entonces los contenidos de la capacitación estaban más sistematizados y había una metodología más clara.

Puedo decir que a pesar de las insuficiencias quedaron promotores con conocimientos y habilidades para la atención de enfermos, y con la convicción de que la resolución de los problemas tenía mucho que ver con la prevención. Aparentemente era menos clara para la mayoría la relación de la salud con lo político-social. Para mí tampoco quedaba claro cuál era su significado traducido en acciones concretas.

Las acciones concretas hasta ahora estaban limitadas al espacio de la comunidad y a la pequeña región. Se realizaban básicamente acciones curativas y a veces preventivas. Desde nuestro punto de vista, las reivindicaciones en salud y sus acciones políticas deberían ser plataforma de organizaciones campesinas más amplias que lucharan por una mejora general en las condiciones de vida. Las acciones de salud específicas deberían ser además una parte del quehacer de la organización.

Enfrentábamos el problema inmediato de la progresiva alza en los precios de los medicamentos, equipo, materiales educativos, transporte, etc., el adelgazamiento extremo de nuestro fondo revolvente y la carencia de recursos económicos para el trabajo de salud que pretendíamos fuera más organizado. ¿Dónde conseguir recursos económicos, medicinas, vacunas, materiales y equipos?, ¿con las instituciones oficiales de salud?, ¿cómo debería ser esa relación?. Y al respecto de la organización campesina amplia ¿cómo tuvo que haber sido la relación con la Unión de Ejidos de la Selva?. ¿qué tendría que hacerse para que las reivindicaciones generales de salud fueran incluidas por otras organizaciones campesinas?, ¿cómo mostrar que era importante?

Más allá de lo anterior, los cuestionamientos eran más profundos ¿qué perspectivas podía tener esta organización para la salud?, ¿ayudar a la gente a ganar poder sobre situaciones que afectaban sus vidas, como diría David Werner el biólogo que ayudó a construir un programa de salud independiente en las montañas de Sinaloa. **basado en** la capacitación a campesinos? Aunque esto era muy bueno ¿no se quedaba a un nivel demasiado local, sin impactar a otros niveles de la realidad?, ¿o es que acaso se trataba de sustituir con mínimos recursos la responsabilidad del Estado mexicano en la atención médica a comunidades campesinas marginadas?, ¿y las clínicas de IMSS-Solidaridad perdidas en la selva?, ¿y los recursos gubernamentales para la atención a la salud?. ¿La organización de salud que habíamos ayudado a impulsar tenía un proyecto político?, ¿teníamos nosotros un proyecto político para la salud?. ¿lo habíamos pensado, o lo habíamos siquiera soñado?

Por otro lado la presencia reciente del INI y de la Clínica Hospital del IMSS-Solidaridad en la comunidad de Guadalupe Tepeyac, no terminada aún, también planteaba interrogantes acerca del futuro del trabajo de la organización comunitaria en salud. Aparentemente éste iba dejando de tener razón de ser, pues para la población de los alrededores sería más atractivo recibir los servicios y medicamentos gratuitos, que hacer esfuerzos para apoyar económicamente la capacitación de un promotor de salud o

aportar algún dinero para la compra de medicamento. En todo caso ¿cómo debería hacerse el trabajo de salud comunitaria ahora que habría una clínica hospital ?, ¿qué papel le tocaba desempeñar a los promotores de salud ?, ¿cuál sería el futuro de la organización popular de salud ?, ¿seguir los lineamientos y políticas del hospital siendo funcional a él?, ¿o acaso su futuro sería desaparecer?.

Hasta antes de 1994 mi experiencia personal en la formación de promotores campesinos estaba agotada. No era posible continuar haciendo lo mismo. **Más bien la pregunta central era: ¿qué significaba la formación de promotores de salud en el contexto neoliberal nacional de privatización selectiva y recorte del gasto en salud?**

La irrupción del EZLN en el escenario estatal y nacional fue desde mi punto de vista un cambio refrescante, ante la celebración de la continuidad de Solidaridad y el proyecto económico excluyente. Un ejército campesino se levantaba para luchar por un cambio no sólo en sus condiciones de vida, sino para invitar a otros a transformar el proyecto excluyente de nación como apareciera en la Primera Declaración de la Selva Lacandona. Por si fuera poco, incluía en ella las reivindicaciones específicas de salud y mencionaba que primero morir luchando que hacerlo de una enfermedad curable como la disentería.

A partir de 1994 nada quedó igual y las mismas organizaciones de promotores de salud se modificaron. En la región que de algún modo conocí, confluían en gran número promotores de salud de diversos procesos y orígenes, incluso de instituciones oficiales. Ellos fueron los que atendieron a los enfermos cuando el escaso personal de las pocas instituciones de salud se retiró en los días más álgidos del conflicto, y no obstante los peligros parecía que un nuevo entusiasmo se notaba entre ellos. Se dibujaba la posibilidad de un proyecto político de salud que yo no había notado antes.

Desde aquellos días de 1994 hasta ahora muchas situaciones se han sucedido. La coyuntura política ya no es la misma y la solución al conflicto por la vía armada se ve cada día más cercana. Mi ubicación actual ahora marginal ha estado sin embargo en el lugar y el momento de ver la construcción de uno de los municipios autónomos en la región fronteriza de la selva de Las Margaritas. Esto condujo a plantearme una serie de interrogantes pues sus organizaciones de salud habían dado lugar a la conformación de un Consejo Municipal de Salud. ¿Cuál sería la utopía de estas organizaciones?, ¿cuál su proyecto?, ¿tendrían las organizaciones populares de salud la capacidad de hacer viable ese proyecto?, ¿cómo podríamos ayudar entre todos a construir ese poder?, ¿qué prácticas sociales lo potenciarían?, ¿existiría la capacidad de todos los involucrados para hacer viable un proyecto de salud más amplio, donde se hiciera realidad la construcción del poder popular?

La presente investigación trató entonces de encontrar respuestas a las interrogantes planteadas que no sólo fueran teóricas. Antes que nada se planteó poder contribuir en algo con dicha investigación a la construcción del porvenir. Siguiendo los objetivos que me hice al inicio de este trabajo y que se expondrán en un capítulo aparte, traté de dejar plasmado el movimiento en pasado, presente y futuro de las organizaciones populares de salud en la región fronteriza de Las Margaritas.

El primer capítulo es una aproximación teórica acerca de los movimientos sociales ahora novedosos, en oposición al concepto de sujeto social que abre la

posibilidad a la voluntad colectiva para transformar el mundo en que vive. Trato de argumentar el por qué de mi elección por éste último, para caracterizar a las organizaciones populares de salud. Aparece después con mayor profundidad el concepto de sujeto social, la metodología que traté de seguir desde la propuesta de Hugo Zemelman y Guadalupe Valencia, así como la definición de conceptos básicos y las hipótesis de trabajo.

Antes de hablar acerca de las organizaciones populares de salud, traté de ubicar en un capítulo el contexto regional. Me interesó sobre todo rescatar la historia acerca de la llegada de las poblaciones indígenas a la selva, puesto que su presencia en ella no ha sido obra de la casualidad. Posteriormente me referí a la situación después de 1994 pues me pareció importante ubicar los cambios en la región producto de la guerra, lo que tal vez facilitaría entender el medio en que se mueven los promotores de salud y las transformaciones operadas en la organización de éstos.

Más adelante aparece un capítulo acerca de las condiciones de vida en un municipio de alta marginación como es el citado antes y la patología más frecuentemente encontrada en su zona fronteriza. Para ello tomé en cuenta la información oficial disponible tanto como la información generada por las organizaciones populares de salud. Puesto que la marginación no implica que las poblaciones que la viven sean improductivas, también me referí a la situación productiva de la región y por lo tanto a su aporte al desarrollo económico nacional.

El capítulo que sigue hace alusión a uno de los ámbitos de análisis expresados en la metodología, el de lo individual. En él intenté hablar acerca de aquellos que conforman y le dan vida a las organizaciones populares de salud, es decir los promotores campesinos, su vida cotidiana y su percepción de los logros y problemas en el trabajo de salud.

Posteriormente la investigación continuó intentando rescatar la historia de la conformación de las organizaciones populares de salud en las Margaritas, para centrarme después en la región fronteriza. Aunque traté de abarcar sus aspectos sociales, económicos, ideológicos, culturales y políticos, obviamente lo anterior fue tarea difícil en el actual contexto de conflicto armado, lo cual impuso sus propios límites. De cualquier modo el capítulo intentó reflejar la utopía, el proyecto y las prácticas sociales que han estado llevando a cabo dichas organizaciones para la construcción del futuro.

Como producto de lo anterior uno de los últimos capítulos se refirió al Consejo de Salud Municipal, ámbito de análisis donde han confluído las organizaciones populares de salud en su utopía y proyecto de futuro.

Un tema que no puede faltar aunque puede aparecer como desvinculado, ha sido el de las políticas de salud que ha seguido históricamente el Estado Mexicano particularmente en lo que toca al medio rural, pues no se puede ignorar el papel de este en la producción de servicios de atención a la salud. El capítulo me proporcionó elementos para ubicar mi cuestionamiento central, acerca de las perspectivas de la formación de promotores de salud en el contexto neoliberal nacional de privatización selectiva y recorte del gasto en salud, ya mencionado al inicio. Así mismo me permitió

entender otra dimensión del problema más allá de la región de Las margaritas en el estado de Chiapas.

Finalmente quedaron las conclusiones. ¿Se comprueban o disprueban las hipótesis? ¿se trataba de eso o más bien de evaluar y cuestionar los aportes logrados a la construcción del futuro en la perspectiva de apoyar la construcción del sujeto social? Puesto que esta es una investigación que se gestó conceptual y teóricamente en el espacio de la Maestría de Desarrollo Rural de la UAM-Xochimilco, las últimas líneas aluden a la cuestión de la salud en la perspectiva de desarrollo a que aspiran los propios pueblos campesinos indígenas, retomando sus propuestas pero también incluyendo mi propio aporte en vista de mi experiencia. Queda con ello plasmado mi posicionamiento teórico-político, que ya se habrá expresado a lo largo de este trabajo.

Como sucede muchas veces las experiencias sistematizadas corresponden a un trabajo eminentemente colectivo. Deseo dejar claro por lo tanto que mi aporte consistió precisamente en eso, en sistematizar la experiencia colectiva en la cual dejé solo mi grano de arena.

ACERCA DE LOS MOVIMIENTOS SOCIALES Y SUJETOS SOCIALES

Los cambios en el mundo a fin de siglo.

No se puede dejar de mencionar que en las últimas décadas del presente siglo ha tenido lugar un enorme desarrollo de las fuerzas productivas por medio de la revolución tecnológica. La informática y las telecomunicaciones en manos de empresas transnacionales, han hecho posible una gran acumulación de riqueza como no ha sucedido en el pasado la cual sin embargo, no beneficia al conjunto de las sociedades de los países de origen. Esta enorme riqueza generada, ha traído aparejada también la acumulación del poder político por parte de aquéllas. a la vez que se debilita el poder de los estados nacionales. Estos se ven inermes para defender los intereses de sus ciudadanos, frente al embate de las fuerzas de la globalización económica, lo que marca el fin del llamado estado de bienestar.

Específicamente en América Latina, las deudas contraídas por los gobiernos con los bancos internacionales, han hecho más extremas las relaciones de dependencia. al ser transferidas decisiones de áreas importantes de los Estados nacionales al Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM). Las políticas de ajuste aplicadas desde la década de los 80, han afectado el gasto social de los gobiernos, mismos que han abandonado los planes de desarrollo en el marco de la autonomía y soberanía, para situar en el centro de su política económica el pago de la deuda externa. El adelgazamiento del Estado en el proceso de ajuste, se ha convertido así en una exigencia, a la vez que es práctica de las fuerzas del libre mercado. (Casanova; 1990; p. 64-66).

Sucede entonces que la globalización económica como sistema mundial ha diluido las fronteras con el fin de unificar los mercados, lo que ha facilitado la libre circulación de dinero y mercancías, no así de fuerza de trabajo que encuentra obstáculos para su migración. Derivado de ello surge en el viejo continente la necesidad de la unidad política, creándose para el efecto la Unión Europea. El resto del mundo sin embargo no es ajeno a esta tendencia en diversos grados, por ejemplo en América Latina, se llevan a cabo acuerdos comerciales como es el caso del Tratado de Libre Comercio (TLC) entre México y sus vecinos más poderosos de América del Norte. mientras que para América del Sur tienen lugar acciones para conformar el Mercosur.

Pero la apertura indiscriminada a las fuerzas del mercado ha tenido consecuencias desastrosas, sobre todo para aquellos países en franca desventaja con sus socios comerciales. El cierre de pequeñas y medianas industrias, así como la destrucción de los pequeños y medianos productores agrícolas que no pueden competir frente al gran negocio, ha dado lugar al desempleo masivo y a la migración laboral más allá de las fronteras nacionales. Se genera así una gran masa de población marginal al sistema económico mundial, que no tiene acceso al mercado de trabajo ni al mercado de bienes y servicios. Es una población excluida de la cual el sistema puede prescindir. De ese modo la brecha entre la riqueza y la pobreza se ensancha y se profundiza, a la vez que se consolida progresivamente como proyecto, una sociedad dual.

Las transformaciones políticas desencadenadas por las mismas necesidades de la globalización económica, han sido fundamentadas ideológicamente en una concepción neoliberal. Esto es, la concepción del libre albedrío de las fuerzas del mercado como únicas reguladoras de la economía sin sujeción por parte del Estado, que deberá limitarse a funciones de seguridad y protección de los individuos. Desde esta perspectiva la sociedad es entendida como la libre interacción de individuos, que compiten en términos de igualdad de oportunidades y solamente en función de sus propios méritos lo que se dice, por sí mismo, traerá la justicia social (Gutiérrez; 1988; p. 11-12).

Esta ofensiva individualista unida al hecho fundamental de la reciente desaparición del campo socialista, ha traído cambios en la correlación de fuerzas del mundo y ha acentuado cambios en las formas de pensar. Desde finales de los años 70 pero especialmente a inicios de los 90, ha habido una fuerte tendencia teórico analítica al interior de las ciencias sociales que se ha vuelto hegemónica, la cual ha cuestionado y desplazado los anteriores ejes de interpretación de la realidad. Esto ha generado un debate entre las diversas formas de interpretar y analizar las múltiples formas de la expresión social reciente; hecho que implica en última instancia, repensar los modos de abordar el quehacer político a diferentes niveles, frente a las tendencias actuales (Guido Béjar; 1990; p.119).

En el contexto de la globalización económica han surgido expresiones de rebeldía, algunas sin embargo no tan recientes, que tienen como actores a grupos de ecologistas y antinucleares, a grupos de mujeres, a los homosexuales y lesbianas, personas de la tercera edad, indígenas, seropositivos de VIH y otros más. Estas expresiones surgen básicamente en el contexto de las transformaciones del sistema capitalista mundial, pero también se dice, conciernen a una situación generalizada de crisis de los partidos políticos tradicionales y sus formas de representación (Páez; 1990; p. 3-9). Es necesario no obstante ubicar estas expresiones y su análisis, en la situación específica que corresponde a los países de industrialización avanzada de Europa y Norteamérica, y aquella que corresponde a los países "de industrialización incipiente" en América Latina.

Nuevos fenómenos sociales en Europa y nuevas interpretaciones.

Al respecto de los primeros, los científicos sociales europeos habían advertido el surgimiento de movilizaciones donde participaban actores diferentes a los concebidos como tradicionales, como las organizaciones obreras, campesinas y aquellas vinculadas a los partidos políticos. Más no sólo eso, su discurso además de expresar opiniones opuestas al orden establecido, mostraba sobre todo un estilo de acción política no convencional. Las diferentes teorías que trataban de explicarlos, hablaban de la existencia entre sus participantes de un sentimiento de frustración y de privación relativa, hasta la existencia de un cálculo racional que estaría en función del provecho personal. Sin embargo, las investigaciones empíricas demostraron que para los participantes, provenientes de las clases medias, los fines ideológicos y beneficios colectivos pesaban más.

Lo anterior se relacionaba con el hecho de que los dirigentes de esos movimientos, habían estado alineados con la llamada nueva izquierda durante el

movimiento estudiantil de la década de los 60, fenómeno que había llevado a desafiar muchos de los fines consensuados por la sociedad industrial. En consecuencia la estrategia y tácticas políticas observadas ahora, contrastaban con las tradicionales formas neocorporativistas en defensa de intereses de grupo, a la par de que su estructura organizativa se adecuaba a hacer posible la expresión de sus ideales de reforma social.

Los analistas consideraron entonces que se trataba de “nuevos” movimientos no sólo atendiendo a su surgimiento en un nuevo contexto, sino concomitantemente porque representaban un aspecto novedoso de la actividad política y democrática contemporánea. El paradigma social de éstos contrastaba con los fines de la sociedad industrial dominante, lo que los ubicaba como “movimientos antisistema”. Entre sus características estaban el no ponderar la riqueza y opulencia como formas de vida, enfatizando por el contrario, la vida sencilla, la importancia de los bienes culturales y de la democracia directa como forma de participar en las decisiones que afectan la vida cotidiana. A lo anterior se agregaban el uso de la protesta y el acento puesto en los medios de comunicación para movilizar a la opinión pública, además de su preferencia por influir en las decisiones políticas, en lugar de comprometerse con la actividad política convencional, guardando su autonomía con respecto al poder establecido (Dalton, 1992; p. 19-36).

Dichos movimientos fueron criticados por los políticos conservadores quienes mencionaron que se trataba de un reto para las democracias occidentales en crisis, o aun de un peligro para éstas mientras sus reivindicaciones y actividades políticas no fueran refrenadas, hasta considerar que no eran más que un frente para grupos revolucionarios opuestos al sistema. Al mismo tiempo estos movimientos encontraron que sus objetivos entraban en competencia con los de la izquierda tradicional, recibiendo fuertes críticas de sindicatos obreros, a veces aliados a los empresarios y de algunos partidos comunistas europeos.

Mientras tanto a nivel de la reflexión teórica, autores como Melucci, Habermas, Offe se refirieron a estos nuevos movimientos sociales como expresiones cuya raíz se debería ubicar en conflictos de clase de la sociedad capitalista. La mayoría de los investigadores sin embargo no estuvo de acuerdo con esa apreciación, pues dudaban de la validez de una visión tradicional clasista para explicar tales fenómenos, ya que en su opinión éstos no se dirigían a ningún grupo social en particular, ni en ellos participaban los desposeídos. Por el contrario el apoyo a estos movimientos provenía de un grupo socialmente difuso, aglutinado en función de valores e ideas comunes, muy flexible en cuanto a su permanencia subordinada a los cambios en el contexto político (Op. Cit. p. 31-32).

En la perspectiva anterior estas manifestaciones se resistían por lo tanto a ser explicadas por medio de las teorías hasta hace poco aceptadas y que recién aparecerían como obsoletas, mientras que la riqueza de los acontecimientos exigiría el replanteamiento de nuevos conceptos, la creación de otros y aun la revisión de los mismos modelos explicativos. Concepciones como la del materialismo histórico y los principios leninistas de la conducción de un proceso revolucionario por un partido proletario, en una discusión que no era nueva, no sólo eran puestas en duda ante los nuevos fenómenos sino aún hoy definitivamente desechadas (Páez, 1990; p. 3).

Un analista como Wallerstein apunta en ese sentido cuando considera que las movilizaciones de 1968 que se dieron en varias partes del mundo, pero específicamente en el contexto europeo, fueron la tumba ideológica del papel dirigente del proletariado industrial (Wallerstein; 1990; p. 26). Ello habría tenido lugar en un momento en que los movimientos antisistémicos de las viejas izquierdas, como él las llama: los socialdemócratas de la Segunda Internacional y los comunistas de la Tercera Internacional, ya habían logrado el derecho de alternancia o tomado el poder del Estado. La postura histórica asumida por los partidos de entonces, y que tenía que ver con su estrategia, había situado al proletariado industrial como el grupo mayoritario en el centro de la contradicción entre capital y trabajo. Las demandas de otros grupos vistos como minorías, eran consideradas producto de opresiones secundarias, cuya resolución por lo tanto sería subsecuente a la toma del poder del Estado.

Según el propio Wallerstein la experiencia demostró que no fue así. pues ya en el poder estos partidos ubicados en el engranaje del sistema, se mostraron incapaces para contrarrestar la hegemonía norteamericana, eje de las movilizaciones del 68, como tampoco terminaron o modificaron suficientemente las otras desigualdades de grupos considerados como minorías. A partir de ese desencanto realidades como el racismo, el sexismo y otras, dejaron de ser postergadas en la lucha social, y comenzaron a aparecer en la escena como nuevos movimientos con demandas propias. A ello se aunaba la improbabilidad de que el mismo proletariado industrial fuera a extenderse como tendencia, hecho que a su vez lo ubicaba como otra minoría. (Op. Cit; p. 21-27).

Mientras tanto en el Tercer Mundo, en África y Asia concretamente, habían tenido lugar movimientos antisistémicos de liberación nacional, los cuales también se planteaban como objetivo tomar el poder del Estado. En América Latina que tenía una larga vida independiente, la movilización de 1968 se había expresado de manera particular en México, país que tenía el más antiguo movimiento nacionalista en el poder, y cuyas contradicciones y desencanto a su vez ya eran evidentes. Posteriormente a ese periodo se desarrollaron variados maoísmos que se apartaron y polemizaron con las "viejas izquierdas", fenómeno del cual México no fue la excepción (Op. Cit; p. 23,24).

Desde la perspectiva de Wallerstein, resultaron magras las transformaciones que lograron los movimientos políticos que tomaron el poder del Estado, mismos que tenían una amplia base de apoyo, se pregunta por lo tanto si las distintas formas de poder, más allá del poder político, pueden contribuir realmente a la transformación del sistema mundo, cuestión que está en el debate de la "reforma-revolución de nuevo". El ubica el punto central ahora, tanto en Europa y América Latina como en otras partes del mundo, en el hecho de que los movimientos que surgen en condiciones "postrevolucionarias", y se asumen conscientemente como tales, actualmente se plantean el control del Estado desde la sociedad civil (Op. Cit; 1990; p. 33-35). Sus reflexiones un tanto pesimistas forman parte del cuestionamiento a la modernidad y por lo tanto parecen ubicarse en el pensamiento postmoderno

Nuevos fenómenos sociales en América Latina y nuevas interpretaciones.

Es necesario no obstante recordar que, a diferencia del desarrollo de las llamados democracias industriales avanzadas, donde los obreros industriales han sido un componente clave de sus sociedades, la historia de América Latina ha sido en buena parte la de sus sociedades campesinas, y su origen indígena. Contemporáneamente sólo en algunos países latinoamericanos con mayor crecimiento económico relativo, como Argentina, Brasil, Chile, México y en otros como Bolivia los obreros adquirieron un peso importante en sus sociedades. Aun en esos mismos países la existencia del campesinado ha sido y es todavía parte de su realidad, siempre vista como símbolo de atraso, como remanente precapitalista que debe desaparecer. Su permanencia, sin embargo, más que condición de atraso o remanente histórico, es la forma que ha asumido la misma reproducción capitalista dependiente en la región (Bartra, 1979, p. 32). Obreros, campesinos, campesinos migrantes, colonos, clases populares son la realidad en que se reproduce el capitalismo en la periferia latinoamericana.

A principios del siglo XX la irrupción de movimientos campesinos y la emergencia de la clase obrera, dio lugar históricamente aunque de manera limitada, a la formación de regímenes nacional populistas y socialdemócratas. Su inclusión en la vida política sucedió ahí donde aquellos tenían suficiente fuerza, y donde ya se había generado un excedente que permitiera dar lugar a ciertas concesiones. Mientras, en los países más pobres los sistemas políticos de masas rara vez se establecieron, perdurando los regímenes oligárquicos y represivos como en Centroamérica. Un variable grado de crecimiento económico y cierta vida democrática, se lograron según cada región del continente, los que se extendieron en realidad hasta algunas décadas después de la postguerra. Progresivamente, el cada vez mayor grado de dependencia fue diluyendo en diferentes formas, momentos y lugares los proyectos nacionales e hizo necesaria la violencia de Estado, de la cual las dictaduras sudamericanas en la década de los 60 y posteriormente del 70 son el ejemplo más extremo (González Casanova, 1990; p. 75-81).

Las necesidades de la misma acumulación transnacional propiciaron el "regreso de la democracia" en América Latina. Esta correspondió sin embargo sólo a las formas dentro del juego aceptado por los Estados. De ninguna manera tuvo que ver con regresar a la misma vida política con sus imperfecciones que conociera el populismo o la socialdemocracia, proyectos hoy considerados anacrónicos. Menos podía significar el poder real para modificar siquiera el proyecto desnacionalizador. Así la transición a la democracia emergió mientras acontecían los movimientos revolucionarios centroamericanos, que buscaban cambiar el sistema de explotación y dominación, y cuando Cuba ya había alcanzado innegables éxitos en el terreno económico, social, del empleo, la educación, la salud y la vivienda (Op. Cit. p. 87).

Hoy, en plena globalización, después de la derrota electoral de los sandinistas en Nicaragua, la del Frente Farabundo Martí en El Salvador, y la firma de la paz en Guatemala entre la guerrilla y el gobierno, estos procesos se encuentran en un nuevo momento. Más allá este hecho apunta, como señala González Casanova, en el sentido de que cada crisis o alternativa popular dominadas por el sistema tiende a aumentar la dependencia, la explotación, la desigualdad de las naciones y en especial de sus sectores populares. Pensamiento similar al del Subcomandante Marcos del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), cuando interpreta que al ser vencido como

proyecto alternativo el campo socialista posteriormente a la guerra fría, se modificó la correlación de fuerzas en el mundo y con ella se reforzó el proyecto hegemónico de dominación.

Tiene sentido preguntarse entonces si acaso nada quedó de esas experiencias que sirva para un nuevo proyecto de transformación global. O si ahora no tiene sentido plantearse como utopía posible la revolución y sólo valen por lo tanto las reformas en el marco de la continuidad. ¿Se trata acaso ahora del control del Estado en una situación "posrevolucionaria" por parte de la sociedad civil como plantea Wallerstein?

Mientras puede constatar un "retroceso del desarrollo", en la región latinoamericana se instala el pesimismo en las discusiones teóricas. En el contexto de crisis del análisis marxista y de la lucha de clases, ciertos sujetos pierden en parte su carácter de centralidad, ante la ofensiva de las fuerzas del libre mercado. Así sucede que la desestructuración de la clase obrera y por lo tanto el desplazamiento de su posición en el campo sociopolítico, es producto de la modificación en la organización laboral derivado de la revolución tecnológica y de la ofensiva empresarial para su contratación en condiciones claramente desventajosas. El abierto desempleo más que constituir el ejército industrial de reserva, ha reproducido la marginación que en América Latina ha venido alimentado a la economía informal. Simple y sencillamente los pobres ya no son obreros, son comerciantes sin patrón. Se trata de la sustitución de la solución social por la solución privada y familiar, sin responsabilidad alguna para los Estados (González Casanova, 1990; p. 71-72).

Algo similar ha ocurrido con el campesinado y como constatan algunos analistas hay una pérdida relativa de su presencia en el aspecto económico y político. Una inversión de la relación campo-ciudad y, por lo tanto, una transformación de países rurales en urbanos, ha tenido lugar en las dos últimas décadas en sociedades subdesarrolladas similares a México (García de León, 1990; p. 29-31). Esta situación se ha acentuado a medida que las tendencias globalizadoras han subordinado más aun al sector agropecuario, adecuándolo al nuevo orden internacional. Los campesinos que habían contribuido a la creación de un mercado interno y a una política de sustitución de importaciones para un desarrollo autónomo, hoy no tienen lugar en el nuevo orden. Las tendencias que según algunos auguraban su desaparición y consecuente proletarianización, más bien dieron lugar a marginados rurales y urbanos; o tal vez se han orientado hacia la reconstitución de la misma economía campesina como espacio de sobrevivencia; o tal vez ambas cosas.

Contemporáneamente en América Latina, y de manera similar a lo acontecido en Europa, diferentes investigadores han comprobado la presencia de una gran variedad de expresiones colectivas las cuales, afirman ellos, representan un cambio en la realidad política del continente. Reconocen que las condiciones históricas han cambiado y así también las prácticas colectivas. Algunos se adhieren al cuestionamiento que se hace a abordajes teóricos ampliamente aceptados hasta los 70, como el funcionalismo y el marxismo, de los cuales se dice que son enfoques limitados para entender la nueva situación.

Según esta crítica, lo viejo está caracterizado por aquellos análisis en términos de la modernización y la dependencia, por definiciones de lo político referido a la lucha de actores tradicionales por el control del Estado, particularmente lo concerniente a la

clase trabajadora y su vanguardia revolucionaria, y por una visión de la sociedad como una entidad compuesta de estructuras más o menos inmutables y relaciones de clase, cuyo único cambio global puede modificarlas. En contraste, las nuevas teorías ven a los movimientos sociales contemporáneos como expresiones que traen una transformación fundamental en la naturaleza de sus prácticas políticas y la teoría misma. De acuerdo con esto, la era que se caracterizó por la división de espacios políticos en dos campos claramente delimitados, esto es la burguesía y el proletariado, ha quedado atrás. En su lugar hay una multiplicidad de actores sociales que establecen su presencia y esferas de autonomía, en un espacio social y políticamente fragmentado. Así la sociedad está claramente configurada por la pluralidad de estas luchas y la perspectiva de aquellos involucrados en éstas (Escobar; 1992; p. 2-4).

Esa gran complejidad aludida se manifiesta no sólo a nivel de los participantes, sino también en términos de organización y acción, causas y objetivos de lucha, magnitud y composición de las fuerzas, y en la relación con los partidos políticos y el Estado, entre otras cosas. Este cambio tendría su antecedente, en la ola de formas y estilos de protesta que emergieron en la coyuntura histórica de los tardíos años de la década de los 60, mientras que en su desenvolvimiento posterior dos factores habrían tenido que ver: en primer lugar la crisis del desarrollo en muchas regiones, particularmente aquellas con regímenes populistas como en México, en Sudamérica con el relativo fortalecimiento de los llamados Estados de la seguridad nacional, y a su vez con el fortalecimiento de la contrainsurgencia en los regímenes oligárquicos de Centroamérica. En segundo lugar la crisis de los partidos políticos y sus mecanismos de representación, desde aquéllos de corte tradicional y conservador hasta los de izquierda, y aun las guerrillas de los 60 (Op. Cit; p. 4).

Así los movimientos sociales contemporáneos son referidos en términos de identidades colectivas, lo cual representa una nueva tendencia y una nueva forma de pensar. La acción social es entendida como el resultado de un complejo proceso en cuyas estructuras interactúan variados caminos y cuyos actores producen significados, negociaciones y toma de decisiones. Estos fenómenos son también vistos como expresiones comprometidas en una significativa lucha política en términos de acceso a los mecanismos de poder, pero también culturales, en la búsqueda de identidades diferentes (Op. Cit; p. 4).

Las teorías acerca de los nuevos movimientos sociales

Puesto que la investigación y teorización acerca de los nuevos movimientos se ha convertido en algo central, los científicos sociales latinoamericanos se han interesado en conocer las teorías que se han desarrollado en Europa y Estados Unidos, y como éstas han influido en las formas de acercamiento a la realidad latinoamericana. A su vez se han interesado en cómo los trabajos de la región han enriquecido a aquéllos.

De manera general las teorías que intentan comprender a los llamados nuevos movimientos sociales se han centrado por un lado en investigar acerca de las estrategias, la participación, la racionalidad, las expectativas e intereses involucrados en esos fenómenos. Estas preocupaciones insertas en las teorías de la movilización de recursos, corresponden al mundo anglosajón. Por el otro lado las teorías de la identidad que dominan en Europa y Latinoamérica, enfatizan el proceso mediante el cual los actores

sociales constituyen identidades colectivas, como forma para crear espacios democráticos y acciones más autónomas. Ambos enfoques puede ser situados en el contexto del postestructuralismo y postmarxismo, influenciados a su vez por las teorías de la posmodernidad (Op. Cit; p. 4-5).

Por su parte Adler Hellman hace una distinción importante entre los movimientos sociales de Europa y América Latina. En el primer caso, dice ella, representan principalmente una respuesta a las contradicciones de las sociedades postindustriales. Los participantes en ellos generalmente de clase media, luchan por superar sentimientos de menos poder personal generados por la satisfacción de necesidades materiales, sin un correspondiente sentido de realización personal. En el segundo caso, dichos movimientos compuestos por clases desposeídas se levantan claramente en respuesta a demandas materiales básicas. Ambos casos comparten a pesar de todo, su desconfianza fundamental en los partidos tradicionales y las formaciones de izquierda (Adler Hellman; 1992; p. 53-54).

Fernando Calderón, Piscitelli y Reyna afirman que nadie puede negar ahora la centralidad de los marginados en la política ciudadana del futuro. Lo nuevo es una multiplicidad y complejidad de nuevos actores socioculturales que hoy producen nuestras sociedades, y cuyas demandas no han podido encontrar acomodo dentro del esquema institucional prevaleciente. Esto demostraría la incapacidad de los Estados latinoamericanos de hoy para hacer frente a esas necesidades. Ellos piensan que las demandas sociales han excedido en modo significativo la infraestructura institucional del Estado, a la vez que se refieren a lo obsoleto del espacio de representación de los partidos políticos. Ante esa situación la demandas levantadas tenían que encontrar diferentes espacios de expresión (Calderón; 1992; 19-26).

Diferentes interpretaciones acerca de las perspectivas de transformación de los llamados nuevos movimientos sociales.

Calderón, Piscitelli y Reyna ubican al Estado como un referente de los movimientos sociales cualquiera que sea la relación con éstos. Dicha relación en continua redefinición, genera expectativas respecto al restablecimiento de la democracia, entendida como una forma de gobierno capaz de generar una infraestructura institucional que pueda proveer a la sociedad con las condiciones para su reestructuración. Por otro lado consideran obsoleto pensar que los fenómenos que se están presenciando, sean formas embrionarias que en cualquier momento podrían converger en un partido único en persecución del cambio revolucionario. "Hoy en Latinoamérica y el Caribe, después de muchos semifrustrados intentos de modernización y después de terribles derrotas políticas y largos períodos de ilusión, las sociedades y los movimientos sociales reclaman el derecho a sus diferencias específicas y propia determinación. Debido a esto, las consecuencias de la identidad cultural y autonomía social constituyen los dos más grandes problemas levantados por la sociedad como intento de cambiar y repensar el desarrollo" (Op. Cit; p. 19-26).

¿Puede esta pluralidad de identidades y demandas de autonomía oponer una relación de fuerza nacional o global, con el fin de crear un nuevo espacio de lucha y debate sobre el devenir de las sociedades? La respuesta de los autores citados es negativa. No es posible, puesto que no podemos ignorar las inmensas fuerzas del

mercado en la etapa de la globalización y la debilidad de los Estados nacionales y sus movimientos sociales. En cambio está teniendo lugar un nuevo tipo de conflicto que se origina en los esfuerzos de los diferentes actores, con sus demandas de democracia explícitas e implícitas por generar un nuevo orden institucional. Desde esta perspectiva el sistema puede también proveer el espacio propicio para el fortalecimiento de los movimientos sociales como sujetos históricos (Op. Cit; p. 27-29).

Otras interpretaciones y propuestas acerca de los mismos fenómenos han sido elaboradas. Algunas señalan que ante la exclusión, las mismas sociedades pueden autogobernarse y en esta apreciación caben las teorías acerca del campesinado y del comunitarismo étnico. Otros análisis desde una perspectiva postmoderna consideran que la fragmentación social es tan intensa que no es posible visualizar un nuevo sistema de acciones unificadas y globales; las posibilidades en cambio apuntan hacia una nueva clase de autoritarismo. Otros más observan en estas nuevas expresiones colectivas, signos del fin de un pensamiento totalizante acerca del progreso y la modernidad, y por lo tanto dan la bienvenida a la apertura de nuevas formas de libertad. (Op. Cit; p. 29).

Todavía otros análisis insisten en interpretaciones basadas en clásicos modelos evolucionistas. Según éstos, los fenómenos que ahora presenciamos se inscriben en una nueva fase de crisis y de reestructuración del capitalismo global, donde los movimientos sociales, siempre guiados potencialmente por vanguardias revolucionarias, serían el umbral de una nueva forma de llevar a cabo un cambio global. Sin embargo, a diferencia del pasado (se dice), ahora hay una rica tendencia hacia la revaloración de la diversidad social y cultural. Conceptos como los de hegemonía, bloque histórico y la naturaleza de lo nacional y popular, estarían ahora renovando el marxismo (Op. Cit: p. 29).

Mientras que autores como Calderón consideran inoperante la teoría marxista de las clases para explicar la dinámica social y política contemporánea, proponiendo en cambio a los mismos movimientos sociales como categoría explicativa suficiente, autores como Camacho, Menjivar, Gallardo, Coraggio, Núñez y otros consideran que no es pertinente desechar el análisis de clase. Ellos mencionan que el sistema social en su totalidad está permeado justamente por la estructura de clases y aunque no todo conflicto puede ser explicado en cuanto tal categoría, sí por el contrario es un referente analítico para la explicación científica de los fenómenos sociales. (Páez; 1990; p. 16,29)

Daniel Camacho por ejemplo, ubica a los movimientos sociales de la región, como diferentes manifestaciones que responden básicamente a procesos de acumulación de capital; en ese sentido él enfatiza que tienen un carácter de clase y deben ser enfocados en ese contexto. Dada la amplitud del concepto movimiento social, prefiere acotarlo como movimiento popular, el cual se refiere al fenómeno donde participan todos aquellos sectores de la sociedad que comparten la condición de explotación y dominación. En contraposición estarían aquellos movimientos sociales que corresponden a grupos hegemónicos como las cámaras y asociaciones patronales (Camacho; 1990; p 126). Comparte con otros analistas el punto de vista de que los movimientos populares en América Latina, son novedosos no tanto por oposición a su antigüedad como porque sus contenidos, orientaciones, prácticas de lucha, organización y formas de liderazgo son en realidad novedosas. La presencia de estos movimientos es creciente y sus puntos de vista cada vez menos ignorados. Sin embargo, enfatiza él, esta caracterización de novedad nada tiene que ver con negar el significado clasista de éstos.

Camacho no solo no desecha en el análisis la teoría de las clases sociales que dice está de moda negar, sino además reivindica el papel preponderante del proletariado en la lucha de los mismos movimientos sociales, la importancia del papel del partido y la necesidad de la vanguardia política. Su perspectiva del proletariado sin embargo, no la restringe a los obreros industriales. Citando a otros autores a su vez, extiende el concepto a todos aquellos sectores, considerados de clase media, desprovistos de medios de producción y que adquieren conciencia proletaria en la lucha social. En consecuencia afirma él, no debe causar extrañeza encontrar en América Latina formas variadas de existencia de ese proletariado (Op.cit; p. 157). Por otro lado explícitamente rechaza que los movimientos sociales por si mismos sean los nuevos motores de la historia, tesis que dice "refleja una posición política no siempre explícita, que se orienta en contra del proyecto popular revolucionario y prefiere, con todo derecho por supuesto, una opción de reformas dentro del régimen existente" (Op. Cit; p. 159).

Camacho rescata la categoría de sujeto que encontraremos en otro latinoamericano como Hugo Zemelman, y lo desmenuza a su vez en sujeto social, político e histórico. Según él, el primero alude al movimiento de todo el pueblo entendido como el conjunto de clases y sectores explotados y dominados. Pero el bloque alternativo como sujeto del cambio no puede imaginarse sin la existencia de una vanguardia política con un proyecto, que le dé al movimiento el status superior de sujeto político. El sujeto histórico completando a aquél, tiene un carácter de radicalidad que se refiere a la clase que tiene razones objetivas, para impulsar un cambio de raíz contra el sistema de dominación (Op. Cit; p. 160).

Por el contrario la tradición del liberalismo político ahora hegemónico, parte de reconocer en los llamados nuevos movimientos sociales a indicadores de una nueva relación de legitimidad entre Estado, sociedad y economía. La reconstitución de esta relación se orienta a privilegiar la modernización y la democratización estatal, la centralización/descentralización estatal; y a su vez la capacidad estatal de integración social por medio de políticas económico-sociales y socio-culturales innovadoras, que procesan las demandas de los movimientos sociales (Guido Béjar; 1990; p. 120-121). Sin embargo, cabe preguntarse desde esta visión sostenida por varios autores, ¿si en el contexto de la deuda externa y la disminución presupuestal de los gobiernos son posibles siquiera las reformas que proponen los movimientos sociales?

Como ya se planteaba otros analistas prefieren desafiar la corriente hegemónica, reelaborando desde una perspectiva gramsciana el pensamiento marxista. Conceptos como bloque alternativo, que hace extensivo el papel protagónico del cambio a todos los actores que se oponen al bloque de poder dominante, adquieren en el contexto latinoamericano un sentido específico. Desde esa nueva lectura del marxismo, los diferentes movimientos sociales tienen posibilidades de adquirir un sentido político que rebase los cauces institucionales. Más aun, tienen posibilidades de poder articularse en un frente único con su propia dirección política, para enfrentar el proyecto hegemónico.

Por su parte Guido Béjar y Fernández en su texto del Juicio al Sujeto, hacen un interesante análisis de como se han modificado los paradigmas interpretativos que pretenden modificar en profundidad el análisis social. Para ello toman varios supuestos desde el enfoque de la transición a la democracia hoy preponderante, que vale la pena mencionar aquí.

Inicialmente hacen un recuento del pensamiento teórico latinoamericano, desde Medina Echavarría, pasando por la CEPAL, y autores como Prebich, Germani, Furtado, y otros como Faletto y Cardoso, pensamiento que trataba de explicarse la realidad regional desde una visión global e histórica. Era un esfuerzo que trataba de articular el conjunto de las dimensiones sociales desde un criterio explicativo central como el desarrollo. De allí surgen las teorías que hacían referencia al centro y la periferia y ubicaban las particulares formas de inserción de América Latina en el sistema capitalista. Hoy esa tradición interpretativa ha sido descontinuada por considerar que es totalizadora y dogmática, y que por lo tanto en la experiencia concreta ha mostrado su fracaso al asignar roles predeterminados para el cambio social a actores específicos. Actualmente la realidad social es considerada amorfa, descubriéndose en ella tendencias múltiples sin un principio de ordenamiento de las conductas sociales. No cabrían por lo tanto teorías que pretendan explicarla desde lo global. (Op. Cit; p. 124-133).

Lo anterior implica una perspectiva fatalista, pues ante la magnitud de las fuerzas económicas y las debilidades obvias de las fuerzas sociales se considera que no es posible la conformación de ningún sujeto social, con capacidad de llevar a cabo la transformación de un proyecto de dominación. Es significativo por lo tanto que la visión ahora hegemónica "asumió que los procesos de institucionalización política por los que atraviesan en la actualidad las sociedades latinoamericanas, no descansan en las fuerzas sociales sino en las nuevas élites burocráticas o políticas con capacidad para reconocer nuevos horizontes políticos, en el péndulo entre regímenes autoritarios en crisis y alternativas de negociación conducentes a una necesaria transición política postautoritaria" (Op. Cit; p. 129).

Lo político desde esa óptica, es visto como la dimensión de la ciudadanía restringida al ámbito de lo institucional, desde donde se dirimen y negocian conflictos e intereses que nada tienen que ver con las contradicciones de clase. De ese modo la "eficacia democrática" no aspira a un quiebre de la estructura de la dominación y por lo tanto tiene un límite. Esta se encauza dentro de los canales establecidos y aceptados por el Estado como "las elecciones, los partidos, los acuerdos entre las élites empresariales, sindicales, militares y las cúpulas tradicionales" que no es ni mucho menos el poder real. La heterogeneidad de los movimientos sociales es vista como un fenómeno favorable y la sociedad civil y no las clases sociales, adquieren un carácter de centralidad (Op. Cit; p. 133-143).

Desde esta forma de entender lo político, todas aquellas expresiones que rebasen el marco definido previamente ponen en riesgo la democracia, la gobernabilidad. En la apreciación de Pizzorno citado por Guido Bejar, esa forma de hacer política hace posible la negociación aun en situaciones de aguda conflictividad. Sin embargo como plantean estos últimos, esa forma de hacer política en los hechos se vuelve un artificio en la medida en que ponga en riesgo el proyecto de dominación que pretende ocultar. Se trata como ellos explicitan, de la consolidación de la hegemonía burguesa y su capacidad de desorganización popular al mismo tiempo que en el pensamiento actual se cancela la posibilidad de la conformación del sujeto social-político.

Así las teorías de la sociedad postindustrial y del fin de las ideologías han relativizado o aun negado la pertinencia analítica acerca de las clases sociales. Como contraparte se ha desarrollado toda una teorización alrededor de los "nuevos

movimientos sociales" a partir del pretexto de su conformación policlasista o no, y en alusión a la ausencia explícita de clases claramente enfrentadas.

Aquellos son conceptualizados en su infinita variabilidad como expresiones diversas, "con lógicas coyunturales, cortoplazistas o genéricas sin pretender alcanzar el poder". Según esto "los movimientos sociales desarrollan formas organizativas muy distantes a las de los partidos, conciben la participación como un mecanismo central de su identidad y no se enfrascan en complicadas estructuras de agregación de intereses universales. En definitiva, responden a una acción social no determinada por el peso de las estructuras ni moldeada por suposiciones teleológicas sobre presumibles conductas o actitudes sociopolíticas. En la coyuntura solo pueden reconocerse interacciones más flexibles, y por tanto debe de concedérseles a los actores mayor capacidad de autonomía y posibilidad real" (Op. Cit; p. 145).

Autores como Laclau y Mouffe se ubican en una posición postmarxista radical, cuyas reflexiones son paralelas a las de Touraine, Lechner, Aricó, Paramio y también de algunos autores latinoamericanos, los cuales niegan el criterio de dominación y con él, el de la lucha de clases como motor de la historia. No hay por lo tanto una clase obrera ni ninguna otra con posibilidades de constituirse como sujeto de una transformación total que desmonte la hegemonía actual, puesto que esta última es negada como dominación y lo que sigue no tiene razón de ser. Es significativo al respecto lo que citan Guido Béjar acerca de un texto de Paramio "...al desaparecer las propuestas globales también ha entrado en crisis la vieja visión de la historia como un proceso centrado y encabezado por un sujeto". Por su parte Laclau y Mouffe por ejemplo, explícitamente renuncian a la categoría de sujeto y niegan la existencia de necesidades absolutamente radicales, que no puedan ser recuperables por el orden dominante (Op. Cit; p. 147-151). La lucha de clases por consiguiente, se ve reducida a la concertación entre grupos de interés dentro del espacio institucional donde el Estado es un ente neutral, como ya se señaló antes.

De acuerdo a lo anterior para América Latina y concretamente para el Cono Sur, tras de una historia de regímenes dictatoriales, el planteamiento es ahora la transición a la democracia y la gobernabilidad, esperando conjurar la amenaza de la vuelta de los regímenes autoritarios. En este sentido la perspectiva de los movimientos sociales desde el pensamiento teórico hegemónico, al que algunos autores latinoamericanos se adscriben, no es la transformación social que según ellos no es actualmente posible en la periferia, sino el apuntalamiento de los regímenes "democráticos" actuales para lograr la estabilidad política. Terminan así por enmarcar y "caracterizar a los movimientos sociales, como fuerzas sistémicas obligadas a pactar y a producir una nueva institucionalidad", sin dar lugar a otra forma de pensar la historia (Guido Béjar; 1990; p. 166).

¿Qué podemos rescatar para una nueva visión del futuro?

Parece difícil decir que los movimientos sociales recientes correspondan a conflictos entre clases claramente antagónicas. No se ven en ellos como actores principales a los obreros como profetarios enfrentándose a la burguesía, como tampoco se ven movimientos campesinos como tales exclusivamente. Los actores que participan hasta hace poco en los movimientos aparecen mucho más diversos, mismos que con

diferentes matices, y perspectivas tienen en común haber surgido en el proceso de la globalización. Sin embargo ello significa acaso que muchas de estas múltiples expresiones sean la forma fragmentada, que asume ahora la lucha de clases contra el capital en esta nueva etapa histórica de su desarrollo. Son las "bolsas de resistencia" de grupos rebeldes, diría el Subcomandante Marcos que han estado apareciendo en diferentes partes del mundo, "su única semejanza es resistirse al nuevo orden mundial y al crimen contra la humanidad que conlleva la guerra neoliberal" (Subcomandante Marcos; 1997; p. 35).

A pesar de la perspectiva anterior no podemos ni debemos constreñirnos a una visión derrotista de la historia, resignándonos a un futuro sin esperanza donde solo es posible la continuidad. Como expresa Guillermo Almeyra "el sistema que se nos ofrece como si fuera el único posible es amoral, antiético, dañino, improponible y conduce a un desastre ecológico y social de enormes proporciones" y agrega "el argumento de que no tiene alternativa es falso, porque la economía es una relación social y el curso y las características de la misma depende del nivel de conciencia, de organización, de creatividad, de experiencia histórica, de la sociedad" (Almeyra; 1998; p. 30). A contrapelo de la visión hegemónica el autor afirma que aunque la globalización se ha impuesto en todo el mundo, no lo ha hecho de la misma manera en todos lados sino que deja grietas en donde es preciso cultivar con creatividad. El desafío es diseñar una nueva modernidad incluyente y democrática (Op. Cit; p. 28-32).

Como menciona Luis Villoro acerca de la modernidad, el desencanto de la misma ha aparecido en las sociedades que lograron un nivel de industrialización, tecnificación y productividad, gracias justamente a haber pasado por un proceso de modernización tanto de sus estructuras como de su mentalidad. Pero el resto del mundo no se encuentra en ese momento. Desde una perspectiva evolucionista plantea que en América Latina, África y la mayor parte de Asia, aún se viven las transformaciones de los regímenes tradicionales en "sociedades modernas"; y enfatiza que importar el pensamiento del desencanto sería un error característico de nuestra dependencia cultural. Más que eso, una burla por salir del atraso y la pobreza que permita construir una sociedad más racional y justa (Villoro; 1993; p. 48).

Villoro propone en cambio rescatar lo que fue la gloria de la modernidad: la afirmación de la autonomía de la persona humana y de sus derechos inviolables, la liberación de los prejuicios y de la ignorancia, el proyecto no realizado cabalmente de transformar el mundo natural y social en un orden más racional y humano. No se trata de cancelar el pensamiento moderno sino de renovarlo, dando cabida por lo tanto a una renovación del concepto de razón y del concepto de sujeto. Así desde esta nueva racionalidad, el sujeto unitario de conciencia deja su lugar privilegiado a las formas de vida comunitarias, dando lugar aun en otros campos a la emergencia de un sujeto colectivo, uno de cuyos antecedentes es quizá el sujeto social reivindicado por Marx y Sartre (Op. Cit; p. 45,49).

Para un autor peruano como Aníbal Quijano, América Latina fue copartícipe en la construcción del pensamiento de la modernidad. Proceso que se inicia desde el momento en que irrumpe en la historia, revolucionando la idea que se tenía del mundo y el universo y aportando al mismo tiempo a las utopías liberadoras. Después también a lo largo de su cristalización en los siglos XVIII y XIX, aportando los bienes necesarios para el proceso de industrialización. La entrada a la modernización en cambio fue para

América Latina, no la entrada a un desarrollo propio en el momento del deslinde con Europa, sino la historia de su estatus colonial y dependiente (Quijano, Aníbal; p. 17,18).

En América la producción de la racionalidad moderna se asoció a las promesas liberadoras primigenias, más necesarias puesto que se sentía más el oscurantismo y desigualdad reforzadas por el colonialismo. Promesas que no pudieron realizarse una vez que sus movimientos sociales respectivos fueron derrotados, y que llevó como consecuencia a la segregación de lo indio. La misma modernidad fue a su vez dominación ejercida por aquellos sectores sociales que bajo su presión lograron mantenerse en el poder (Op cit; p. 21).

Para Quijano es la propia identidad europea, la constitución europea de la racionalidad moderna la que está en crisis, mientras da a entender que a América poco le corresponde esa cuestión, si bien la toca. Propone en cambio la necesidad del continente de mirarse de otro modo, no colonial, "como un modo de dejar de ser lo que nunca hemos sido". Se trata de mirar al pasado liberador para renovar la propia identidad, pero a diferencia de una visión unilineal de la historia, Quijano reivindica en ella la existencia de tiempos simultáneos diversos y de lo mítico. Es la construcción de una racionalidad alternativa, síntesis de dos herencias culturales: la racionalidad india ligada a la reciprocidad y solidaridad, y la racionalidad moderna cuando aún estaba ligada a sus ideales de la liberación social (Op. Cit; p. 22-24).

Por su parte Josep Fontana reivindica al socialismo como proyecto. No obstante señala que no es posible fundamentarlo en una concepción evolucionista de la historia y del progreso, la cual corresponde en buena medida a una visión del capitalismo. Según esta visión, el ascenso ininterrumpido de la humanidad tiene lugar por medio de la ciencia y la técnica, como una continuación de la revolución industrial. Sin embargo dos siglos de industrialización no han mejorado la situación de aquella. ¿Podemos hablar de los países de la generalidad del mundo como países en vías de desarrollo ? ¿o como países en vías de regresión? (Fontana; 1982; p. 247-241).

Al igual que los autores anteriores Fontana plantea volver la mirada al pasado para rescatar las luchas y las aspiraciones de aquellos hombres y mujeres, en su esfuerzo por liquidar las diversas formas de explotación y establecer una sociedad igualitaria. No implica renunciar a cuanto hay en el pasado de aportación, ni mucho menos asumir que los fracasos significan que hay que renunciar a cualquier esperanza de progreso social. Él afirma que el papel de la historia debe ser el de una comprensión renovada del pasado que permita entender de mejor manera la forma como se ha recreado el capitalismo, con el fin de desmontar su maquinaria; pero al mismo tiempo significa reconstruir una línea de progreso que fundamente la clase de futuro que deseamos alcanzar. Hay que reinventar el futuro y no hay recetas para eso (Op. Cit; p. 261,262).

A su vez un autor latinoamericano como Hugo Zemelman, de manera similar a lo planteado por Josep Fontana, hace explícito su desacuerdo con las concepciones evolucionistas de la historia y con aquellas que la entienden como un orden dado donde las determinaciones predominarían sobre las voluntades sociales. Para él la historia es un proceso dinámico cuyo desenvolvimiento no es unilineal y no implica necesariamente progreso. Desde esta forma de entender la historia las transformaciones sociales son el producto de luchas entre fuerzas antagónicas por hacer posible cada una

su proyecto de futuro. Si la historia no está determinada del todo y es un complejo de proyectos para orientarla en un determinado sentido, entonces es fundamental plantearse lo que se quiere hacer con el futuro, lo cual implica mirar la historia desde la utopía (Zemelman; 1989; p. 13-20).

Zemelman rescata la historia como construcción que hacen los sujetos sociales de ella, de modo que desde esa perspectiva el sujeto social como expresión de una voluntad colectiva adquiere un carácter de centralidad. La expresión de una voluntad colectiva involucra al conjunto de utopías, construcción de proyectos, prácticas sociales que buscan dar una orientación al presente. Lo anterior sin embargo, no significa el caracterizar previamente como tales a actores determinados, como plantean algunas ideologías, sino dejar abierta la posibilidad a que puedan determinados actores constituirse como sujetos, lo cual es parte del pensar crítico que no se subordina al pensar teórico. Es interesante, por otro lado, la forma como Zemelman entiende el concepto de clase social. De manera flexible y al igual que E. P. Thompson en su texto "¿Lucha de clases sin clases"?, no propone la existencia de las mismas como productos claramente cristalizados a partir de la existencia de una estructura económica, sino que se refiere a ellas en cuanto tales en la medida en que existen y luchan como condensadoras de proyectos antagónicos.

A su vez Zemelman es consciente de la ofensiva ideológica y política neoconservadora por parte de las burguesías en el plano mundial, a las que dice se han sumado sectores del movimiento socialista latinoamericano. Con un claro posicionamiento propone construir un conocimiento que sea útil para apoyar las alternativas populares de desarrollo. Al hacerlo rescata a pensadores como Ernst Bloch, E. P. Thompson, Gramsci y otros, y trata de avanzar en el aspecto teórico en una perspectiva que no subestime la capacidad de hacer, rompiendo en cierta forma con el rigorismo teórico en las ciencias sociales y sus novedades, a la vez que critica el escepticismo en que han caído.

Para él la necesidad de los sujetos sociales de construir y potenciar proyectos para hacer realidad el futuro deseado es la exigencia que plantea el quehacer político, que por lo tanto, no se circunscribe a los límites de ningún planteamiento teórico. Lo político más allá del ámbito de lo estatal es así definido concretamente como "la articulación dinámica entre sujetos, prácticas sociales y proyectos, cuyo contenido específico es la lucha por dar una dirección a la realidad en el marco de opciones viables". El análisis político, por lo tanto, debe tender a privilegiar la relación entre presente y futuro como aquello posible de ser construido antes que la relación presente y pasado del conocimiento tradicional, puesto que para el hacer es más importante aprehender opciones que explicar situaciones (Op. Cit; p. 13).

De acuerdo con esto, para Zemelman las revoluciones y las situaciones coyunturales son situaciones ideales, complejas e irrepetibles, cuyo análisis plantea un gran desafío al conocimiento social. Estos son procesos que pueden experimentar rupturas de acuerdo a la direccionalidad de los proyectos antagónicos que se confrontan, por parte de los diversos sujetos sociales. Se abren así las posibilidades para escribir la historia en diferentes direcciones, situación que va más allá de los estrechos modelos ideológicos (Op. cit: p. 33).

No perder la esperanza

De modo que a despecho de los resultados desalentadores de los procesos revolucionarios en América Latina, los cuales sembraron el escepticismo respecto a la vigencia de la lucha político-militar y en la construcción de un nuevo orden, ha surgido en las postrimerías del fin del milenio un nuevo movimiento revolucionario. El Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) se da a conocer en 1994 en el estado de Chiapas en el sureste de México, tiene entre sus filas una amplia base campesina e indígena. Caracterizada a sí misma como una organización político militar que no aspira al poder, y alejada en cierta forma de la estrategia y tácticas de guerra de los movimientos insurgentes centroamericanos, ha despertado múltiples simpatías nacionales e internacionales, así como nuevas esperanzas.

En el horizonte histórico se dibujan nuevamente posibilidades para escribir la historia regional y nacional de diferente manera como hasta ahora ha sido. Es la posibilidad histórica compleja e irrepetible no sólo para el análisis, sino más importante aún, la oportunidad para compartir utopías y construir proyectos distintos al hegemónico en solidaridad con otros. Como diría un solidario alemán en su carta más o menos en estos términos reiterando su apoyo, "en México, país surrealista por definición, coinciden sus conocedores y dicen... todo es posible. En lo bueno y en lo malo. Por eso nos preguntamos, ¿no será que en México se está desarrollando algo cualitativamente nuevo, nuevas formas de organización y de lucha, una nueva conciencia popular para lograr un nuevo México? ¿algo de lo que otras naciones puedan aprender para sus propias luchas?". Lo anterior no es otra cosa que rebelarse a perder la esperanza y creer en la posibilidad de un nuevo futuro contribuyendo con algo en el presente.

LA PERSPECTIVA COGNOSCITIVA Y METODOLÓGICA DE LA INVESTIGACIÓN.

Cuestionamientos a partir de la experiencia.

La aparición del Ejército Zapatista de Liberación Nacional y su declaración de guerra la madrugada del primer día de enero de 1994, cambió para la que esto escribe la forma de entender la realidad y la historia. Esta ya no podía aparecer como algo inmóvil, determinado, como una continuación del orden social y político, como algo que está ahí y existe por sí misma ajena a los individuos. Un ejército campesino había tenido el atrevimiento inconcebible de desafiar lo establecido, para soñar con hacer un futuro distinto. Se podía intentar entonces contribuir a cambiar el rumbo de la historia.

Me parece importante insistir aquí en que el llamado "conflicto armado" no ha sido como se ha afirmado un fenómeno que se circunscribe a un grupo de campesinos en cuatro municipios, y sólo al estado de Chiapas. Tampoco es solamente el enfrentamiento entre un ejército campesino en contra de los grupos de poder estatal. Si es, en cambio, la impugnación a un proyecto excluyente de nación donde los campesinos indígenas no han tenido cabida ni tendrán futuro digno. Es hoy una guerra en contra del proyecto neoliberal de exclusión que niega la reproducción a la vida de cada vez más mexicanos. Es por lo tanto una confrontación con el gobierno federal que impulsa esos intereses y es entonces una guerra nacional.

Hasta antes de 1994 una pregunta central que como médica había hecho a mi trabajo de colaboración en la formación de promotores de salud en Las Margaritas durante los últimos años, se refería a las perspectivas que podían tener dichos recursos humanos en un contexto neoliberal nacional de privatización selectiva y recorte del gasto en salud. ¿Acaso sustituir con mínimos recursos la responsabilidad del Estado mexicano en la atención médica a comunidades campesinas marginadas? Por otro lado la reflexión era que mientras no mejoraran las condiciones de vida, modificándose la misma situación de marginalidad, no cambiarían en lo esencial los problemas de enfermedad, y más bien habría que esperar que la reproducción¹ de los pueblos campesinos indígenas fuera en decremento. La participación en espacios más amplios e *incluyentes desde donde actuar*, era visto por mí, por lo tanto, como una condición necesaria para traspasar lo local y llevar a cabo acciones de largo plazo.

1. Al hacer alusión al concepto de reproducción, asumo el uso que le da Lourdes Benería como el más pertinente para esta investigación. Según la autora la reproducción física (más allá de la noción biológica) se refiere no solo a las actividades relacionadas con el embarazo y la crianza sino con el mantenimiento de la familia como un todo. La reproducción social, más amplia, trata de "la perpetuación de los modos de producción y la sobrevivencia de procesos productivos, de medios tales como los derechos de propiedad, los sistemas de herencia, el control de los recursos y de otros medios que contribuyen a la reproducción de un sistema de relaciones sociales". El concepto de reproducción empleado por ella engloba tanto a la física como a la social. Es importante considerar además que la reproducción es diferente según la clase o segmento de clase (Benería, L.: Pp. 7-8).

Inmediatamente después de 1994 aquella pregunta central seguía vigente, pero a la luz de los acontecimientos adquiría nuevas dimensiones, pues ya nada quedaba igual y se habrían posibilidades no sospechadas. Se habían conformado organizaciones de promotores de salud con una clara identidad, que seguían dando atención a la gente de sus pueblos en el contexto de la guerra. ¿Qué perspectivas podían tener ahora estas organizaciones de promotores campesinos en un contexto neoliberal nacional de privatización selectiva y recorte del gasto en salud?

En los años que han seguido el desarrollo de la guerra ha continuado dolorosamente su curso. El cerco impuesto por la presencia masiva del ejército federal que ahora ocupa escuelas y tierras campesinas, agrede y limita la movilidad de su población, que con dificultad puede hacer las labores agrícolas para su sustento. La presencia de fuerzas paramilitares, fenómeno impulsado entre las bases campesinas del PRI, ha desarticulado en diverso grado la vida comunitaria. La existencia de desplazados es un hecho cada vez más extendido y no están lejanas otras masacres como la de Acteal en Chenalhó. La estrategia de guerra gubernamental ha desplazado así la confrontación entre dos ejércitos, el EZLN y el Ejército Federal, a una guerra que se libra entre civiles. Es la guerra de baja intensidad similar a aquella que se desarrolló en Guatemala.

A pesar de ser un ejército, la lucha no armada por demandas legítimas como el derecho a un trato digno como pueblos indígenas, a mejores condiciones que permitan reproducir la vida, a justicia y democracia para todos donde el que mande obedezca a la mayoría, le ha dado a la lucha zapatista un sentido ético que le ha ganado el reconocimiento a nivel nacional e internacional². Dicho consenso ha tratado de ser socavado, al hacer aparecer públicamente al EZLN como intransigente ante su negativa para continuar el diálogo con el gobierno federal, vía que es necesario decirlo, el mismo gobierno puso en cuestión. Ese ejército campesino ha impulsado diversas iniciativas civiles desde la Convención Nacional Democrática en el Aguascalientes de Guadalupe Tepeyac, pasando por los foros nacionales e internacionales por la humanidad y contra el neoliberalismo, hasta la creación de municipios autónomos. Estos a pesar de ser hostilizados por el gobierno federal no obstante haber firmado los Acuerdos de San Andrés, son por la vía de los hechos la expresión de la voluntad de autogobierno de los pueblos organizados en el proyecto zapatista, y de la solidaridad de todos aquellos que simpatizan con él.

En Las Margaritas mientras tanto se han conformado dos municipios autónomos, "San Pedro Michoacán" en la zona central de la selva, y "Tierra y Libertad" en toda su

2. Al respecto Enrique Dussel hace un interesante análisis del lenguaje zapatista, el cual de ser un lenguaje político universalista, no abandonado, ha pasado a transformarse en la manera de hablar propia de la etnia maya. En ello revela la "razón del otro" históricamente negado que exige dignidad, el cumplimiento de las exigencias de reproducción de la vida vinculada al tema de la pobreza y el respeto a la comunidad institucionalizada con instrumentos de acuerdo, consenso y decisión. Tales son los criterios de validez ética que le dan a la causa del EZLN un marco teórico político propio sin imitaciones eurocéntricas (Dussel, Enrique; 1998; Pp. 369-385).

zona fronteriza que abarca hasta la sierra del municipio oficial de Motozintla. En ambos existen experiencias organizativas en salud desarrolladas desde hace aproximadamente quince años, las cuales continúan su propio proceso. En el municipio autónomo "Tierra y Libertad", las organizaciones de promotores de salud de la selva fronteriza han formado su Consejo Municipal de Salud. ¿Qué perspectivas tienen las organizaciones de promotores de salud en el contexto de guerra de baja intensidad?, ¿Cuál es el proyecto del Consejo Municipal de Salud?, ¿Tendrán las organizaciones tanto como su Consejo la capacidad de hacer viable su proyecto, en el contexto neoliberal y de guerra de baja intensidad? Tales han sido las preguntas centrales en esta investigación de tesis.

Puesto que, como médica, junto con todos aquellos promotores del llamado desarrollo, somos parte de una guerra en la que por lo menos se confrontan dos proyectos de nación ¿cómo podemos contribuir a hacer viable un proyecto distinto al hegemónico y favorable a la mayoría de los mexicanos? específicamente, ¿cómo podemos contribuir todos aquellos solidarios a potenciar el proyecto de los municipios autónomos? Y en la zona fronteriza de Las Margaritas, y en lo que concierne a la salud en el Municipio Autónomo Tierra y Libertad ¿cómo podemos ayudar a potenciar el proyecto del Consejo de Salud Municipal? Son preguntas que se corresponden con la necesidad de hacer y no sólo de explicar, por lo cual en ese sentido esta investigación no podría tener una posición neutral en aras de una pretendida objetividad científica.

La investigación que se propuso por lo tanto partió de los cuestionamientos anteriores, tratando de dar cuenta de las posibilidades de las organizaciones populares de salud en la zona fronteriza de Las Margaritas de constituirse o no como sujeto social. Sujeto social que como apunta Guadalupe Valencia y Hugo Zemelman no puede ser entendido como punto de llegada de un proceso organizativo sino como el proceso mismo en que se condensa su pasado, el presente en que interacciona y sus potencialidades de futuro en un horizonte histórico.

Me parece importante dejar explícita mi ubicación en esta investigación de tesis, pues la misma no tuvo como finalidad solo ir al escenario de los acontecimientos, a hacer preguntas a los que viven el proceso sin ningún tipo de involucramiento, con el fin de explicar objetivamente la realidad. Traté por el contrario de tomar partido por una opción política de futuro que comparto con los protagonistas, opción a la que busco contribuir "con mi grano de arena" desde mis posibilidades para hacerla viable.

Desde esa perspectiva, fue que en el primer semestre de 1997 comencé a visitar la zona fronteriza de Las Margaritas, en ocasión de las reuniones de trabajo que un asesor médico de la organización llamada EAPSEC³ tenía con los promotores de salud. En el transcurso decidí arriesgarme a solicitar formalmente, tanto por carta como en una reunión, si podría conocer acerca de su historia y trabajo como organización de promotores de salud.

3. EAPSEC significa "Equipo de Apoyo en Salud y Educación Comunitaria" y está formado por un médico y promotores de salud avanzados, cuyo objetivo es la capacitación para la atención primaria en salud a campesinos y campesinas.

No era fácil que la respuesta fuera favorable pues en la situación de guerra que se vive actualmente, la información puede poner eventualmente en peligro la vida. Su aceptación con ciertas dudas, fue posible por la confianza depositada en el asesor médico y por el compromiso de devolverles su historia. Puesto que no llegaba a colaborar en la capacitación sino a investigar, eso mismo marcó el tipo de relación que se desarrolló después.

Las primeras reuniones me permitieron conocer en cierto modo la zona y la gente, por lo que después pude involucrarme si bien apoyando de manera marginal en la capacitación. En 1998 participé como voluntaria sin tener referente de pertenencia a organismo alguno, en el diagnóstico que llevaron a cabo los promotores de salud, el asesor médico de EAPSEC y algunos miembros de organizaciones no gubernamentales de apoyo a refugiados guatemaltecos con presencia en la zona. Así mismo pude participar en algunas de las tareas posteriores como la elaboración de propuestas para algunos de los problemas detectados, tareas que quedaron suspendidas temporalmente ante la agresión sufrida por el municipio autónomo "Tierra y Libertad". Casi al término de la investigación, honesto es decirlo, ya no pude permanecer y me limité a recoger la historia que quedaba por rescatar.

El mismo proceso de investigación tampoco fue fácil. Las exigencias de diseñar una metodología, para abordar a las organizaciones populares de salud en la zona mencionada, tratando de aprehenderlas desde la perspectiva de un autor como Hugo Zemelman, significó releer varias veces algunos de sus textos intentando comprenderlo, revisar el diseño propuesto y observar si éste guardaba coherencia con el proceso que se iba desarrollando de captación de la realidad. Pude haber realizado esta investigación desde la perspectiva teórica de los movimientos sociales como me fue sugerido por la Comisión de Becarios del CIESAS⁴, sin embargo me interesó especialmente la propuesta cognoscitiva y acerca del sujeto social elaborada por Zemelman, la cual fue expuesta en uno de los módulos de la Maestría en Desarrollo Rural de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X), de la que fui alumna.

La perspectiva cognoscitiva y metodológica.

Como expuse en el capítulo anterior las teorías de los nuevos movimientos sociales, tanto las de la identidad desarrolladas en Europa, como las de la movilización de recursos desarrolladas en Norteamérica, desde las diferentes perspectivas políticas de sus autores, han tratado esencialmente de explicarse la emergencia de nuevas expresiones colectivas, que a raíz de las situaciones cambiantes han surgido en diferentes partes del mundo.

4. Me refiero al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, institución de la cual pude obtener una beca para esta investigación de tesis.

Puede decirse que un movimiento social hace alusión a la expresión colectiva de grandes grupos con una cierta organización, que manifiestan un propósito conjunto en función de objetivos políticos contruidos ampliamente, los cuales frecuentemente tienen que interactuar con otros actores políticos como instituciones y agentes gubernamentales (Foweraker, 1995, p. 4). La conformación de organizaciones populares de salud, con nuevas características posteriores a 1994, podría tal vez haber sido explicada dentro de alguno de aquellos marcos conceptuales. Sin embargo, no es lo mismo el concepto de sujeto social y movimiento social y aunque ambos pueden ser definidos en general como expresiones colectivas, cada uno tiene diferentes implicaciones.

La revisión que hice de las teorías sobre los movimientos sociales, conciben en diverso grado una realidad ya determinada donde tales expresiones tienen escasas o nulas posibilidades transformadoras, no dejando por lo tanto margen para imaginar distintas alternativas y menos para la acción. Por lo que compete a la construcción del conocimiento, ello habría implicado mirar el fenómeno social de que se trata desde el particular recorte de realidad que imponen los límites de dichos marcos, sin descubrir en él las potencialidades de una voluntad social para constituirse o no como sujeto social.

Por el contrario el concepto de sujeto alude a una subjetividad colectiva, término más complejo que el de identidad, la cual conforma una voluntad social para actuar con sentido de futuro y proyecto (De la Garza T, E; p.17). En este punto la propuesta cognoscitiva de Hugo Zemelman rescata las posibilidades que tienen diferentes voluntades sociales para construir con sus propias prácticas su futuro. Es decir dichas prácticas tienen un carácter de intencionalidad para cambiar el destino, lo que es propio de lo político y de una voluntad que se construye como sujeto social. Al partir de un concepto de la realidad como apertura, el autor plantea que ésta no está determinada para siempre sino que, al ser inacabada, se encuentra por lo tanto abierta a diferentes posibilidades de transformación. Rescata con ello la capacidad que pueda tener la praxis para incidir sobre la realidad, la cual adquiere sentido en el devenir de los sujetos sociales. El abordaje de un sujeto social entonces, más que un producto cristalizado en un determinado corte de tiempo, debiera ser aprehendido en su movimiento y como potencialidad que encierra el futuro, lo cual implica construir el conocimiento incorporando también lo no devenido como semilla que se encuentra germinando en el presente.

Desde la perspectiva anterior puede ser mejor aprehendido el proceso de las organizaciones populares de salud en la selva fronteriza de Las Margaritas, puesto que de lo que se trata es de captarlas en su dinamismo, en su construcción como sujeto social que busca hacer viable su proyecto de futuro, como un conocimiento más práctico en términos de actuación sobre la realidad. Ello propone entonces un tipo de involucramiento al construir el conocimiento, que es el de contribuir a potenciar su proyecto por medio de la práctica.

Los objetivos

Intentando ser congruente con lo anterior, los objetivos generales que me propuse originalmente durante el proceso investigativo, fueron básicamente dos.

- *Tratar de reconstruir la forma en que se originaron, consolidaron y modificaron las organizaciones populares de salud.*
- *Reconocer las posibilidades de las organizaciones populares de salud en dichos municipios para conformarse en sujeto social con capacidad de hacer posibles, propuestas regionales de salud en el nuevo contexto chiapaneco.*

En los objetivos específicos traté de abordar diferentes ámbitos desde los cuales reconstruir el dinamismo del sujeto social, mismos que aparecen a continuación y que fueron retomados en el diseño metodológico.

- *Reconstruir el espacio del promotor de salud como actor social constructor de la organización de salud.*
- *Rescatar las utopías y proyectos de los promotores, asesores médicos, u otros como impulsores de organizaciones populares de salud.*
- *Reconstruir el origen y desarrollo de las organizaciones populares de salud en la zona fronteriza de Las Margaritas.*
- *Rescatar prácticas sociales, utopías y proyectos de dichas organizaciones.*
- *Analizar las experiencias pasadas y presentes de modo que su aporte contribuyera a la viabilización de un nuevo proyecto de salud en el contexto actual.*

Otros objetivos agregados de acuerdo con el proceso que siguió la investigación de tesis fueron la reconstrucción del proceso de constitución del Consejo de Salud del Municipio Autónomo Tierra y Libertad, así como el rescate de sus prácticas sociales, utopías y proyectos.

Definición de conceptos utilizados

Con el fin de dejar claro a qué me refiero me parece importante definir desde ahora, algunos términos que han sido centrales para este trabajo, los cuales fueron retomados a lo largo de la tesis.

Por *promotor de salud* se entiende una persona campesina, hombre o mujer, que ha sido capacitada en habilidades de diagnóstico, tratamiento y medidas preventivas, desde la perspectiva de la medicina occidental. Esta capacitación puede ser proporcionada por parte de médicos privados, organismos no gubernamentales o aun personal de salud de instituciones oficiales. Su objetivo básico es resolver los problemas más comunes de enfermedad, y detectar a tiempo las situaciones de riesgo para su referencia a otro nivel de atención, en aquellas comunidades alejadas de los servicios de salud, sean estos oficiales o privados. La promoción de la salud a través del impulso de

acciones preventivas es otro de sus objetivos, acorde con una concepción del problema salud-enfermedad desde lo biológico o ecológico-social. Su formación como promotor de salud, puede o no relacionar la forma de enfermar y morir de su clase con un problema estructural de justicia social, lo que depende de la orientación con que haya sido capacitado.

Al aludir al término *organización popular de salud*, no me refiero a cualquier organización. Defino a ésta como al grupo de campesinos y campesinas capacitados en habilidades curativas y preventivas, cuyo objetivo es resolver los problemas más comunes de enfermedad y llevar a cabo actividades de promoción de la salud. Su caracterización como popular denota un sentido de clase social, no sólo por su composición de campesinos y campesinas sino en cuanto a su concepción y proyecto, es decir que entiende a la salud-enfermedad como un fenómeno social-político, en base a lo cual su proyecto busca transformar sus condiciones materiales de existencia, oponiéndose por lo tanto a su condición como clase explotada y dominada.

Acerca de las *condiciones materiales de existencia*, me parece importante intentar definir las. Al respecto Marx había aludido a ellas al referirse a la fuerza de trabajo y su valor como mercancía. Puesto que la capacidad de trabajo implica el conjunto de facultades físicas y mentales que existen en la personalidad viva de un ser humano, la reproducción de éstas abarca no sólo la satisfacción de las necesidades materiales imprescindibles, como vivienda, alimentación, vestido, etc., las cuales son un producto histórico y cultural. También abarca el acceso a la educación, a la recreación, a la atención de la salud de la familia del trabajador como contenedora de futura fuerza de trabajo (Marx, K; 1990; Pp. 203-214). Sin embargo el ser humano es más que sólo fuerza de trabajo, a lo cual alude Zemelman en su concepto de desarrollo, ya que las condiciones materiales de existencia no se agotan en la generación de nuevas y mejores condiciones de vida y reproducción, sino que implica además la posibilidad del enriquecimiento de lo subjetivo individual y social, a través de la puesta en marcha de las potencialidades humanas, lo que también tiene que ver con la capacidad de crear y definir opciones de vida (Zemelman, H; 1996; Pp. 57-58).

El *Consejo de Salud* es una construcción reciente que se inserta en el marco de la creación de los municipios autónomos anunciados desde fines de 1994 por el EZLN. Puesto que cada municipio es específico y por lo tanto diferente a los demás, cada uno crea las estructuras necesarias para su desenvolvimiento. Esto significa que en el municipio Tierra y Libertad en la selva fronteriza sus organizaciones populares de salud decidieron formar dicho Consejo como parte de su proyecto de futuro.

Puesto que la construcción de opciones es propia de los *sujetos sociales*, éstos deben entenderse como “formas particulares de expresión social, mediaciones de poder y de lucha entre la estructuración de la sociedad a partir de la división social del trabajo, y las formas clasistas de expresión política”. Los sujetos sociales son condensadores de historicidad, la cual es entendida como “fruto del pasado, y como presente que contiene las posibilidades del futuro” (Zemelman, H. y Valencia, G; p. 2) Su constitución es potencialidad misma contenida en la realidad, en la medida en que “una voluntad colectiva pueda desplegar un poder que le permita construir realidades con una direccionalidad consciente”. El sujeto social puede entenderse entonces como expresión de la elaboración de una cierta identidad colectiva por parte de sus miembros, más que como una organización unificada (Op Cit; p. 11).

Esta investigación de tesis trató de aprehender a las organizaciones de salud en la zona aludida, en su constitución como sujeto social. Antes que centrar la construcción del conocimiento en la relación pasado-presente, intentó sin desechar aquella, privilegiar una relación de presente-futuro, lo cual no pudo ser logrado como se pensaba, a pesar de los esfuerzos. La primera perspectiva es propia del conocimiento explicativo, la segunda lo es sobre todo del quehacer político propio de la praxis. Se trató por lo tanto de "privilegiar el análisis del proceso como síntesis de múltiples transformaciones que pueden cristalizar en diversos resultados" (Op Cit; p. 2), e implicó reemplazar el análisis estructural fundado en el supuesto de una regularidad social, por el de las prácticas de los sujetos sociales y la dirección que pudieran imprimirle a la realidad.

Lo anterior obligó a diseñar un esquema metodológico congruente con ese propósito, que permitiera pensar a la realidad de manera abierta a posibilidades no determinadas y que pudiera expresar la complejidad en que se constituye el sujeto. Más aún cuando la pretensión era poder intervenir sobre la realidad para imprimirle una orientación a su desenvolvimiento. La construcción del conocimiento desde esa perspectiva debía partir entonces de tres supuestos:

La realidad como movimiento, que implica privilegiar el análisis de los dinamismos sociales y por lo tanto aprehender sus manifestaciones pasadas, presentes, pero también sus potencialidades de futuro.

La realidad como proceso multidimensional, que remite a la necesidad de aprehender la complejidad del objeto, captando para ello el fenómeno como síntesis de múltiples dinamismos.

La realidad como síntesis de procesos temporales diversos, que parte de considerar al fenómeno social por aprehender como una síntesis de múltiples dimensiones, lo que requiere entonces reconstruir la forma en que se articulan las temporalidades propias de cada nivel.

La construcción del conocimiento que propone Zemelman está fundamentada en el concepto de totalidad, el cual es un modo de organizar la apertura a la realidad que no se ciñe a permanecer dentro de determinados límites teóricos, sino que se apoya en un concepto de lo real como articulación compleja de procesos y exige que cada uno de éstos sea analizado en términos de sus relaciones con otros (Zemelman, H; 1987, p. 19). Esto implica que la totalidad no es todos los hechos sino que es una óptica epistemológica desde la que se delimitan campos de observación de la realidad, los cuales permitan reconocer la articulación en que los hechos asumen su significación específica (Op Cit; p. 18). "El concepto de todo constituye un modo de recortar la realidad para construir el objeto de estudio, que sin partir de la exigencia a priori de todas las propiedades o aspectos de una cosa, permita dar soluciones sobre ciertas propiedades o aspectos especiales de una cosa en cuestión... que le hacen aparecer como una estructura organizada" (Op Cit; p. 19)

Lo anterior supone captar a la realidad como una construcción constante que requiere reconstruir el conocimiento de tal manera, que pueda captar cada momento no sólo en su relación con otros sino también en términos de su inclusión en niveles más amplios. Se trata de articular los múltiples dinamismos en que se desenvuelve el

fenómeno, de modo que pueda ser presentada una visión coherente de conjunto, en la que cada nivel se convierte en un campo de problemas que complejizan la realidad, pero que rescatan su riqueza.

La reconstrucción articulada de la realidad, como estrategia metodológica, parte de concebir a ésta como proceso articulado y en movimiento hacia transformaciones posibles, cuya dinámica está sujeta a la intervención de fuerzas sociales y a la estructura (León Vega, E. y Valencia, G; 1989; p. 18).

Por lo tanto en la perspectiva epistemológica enunciada, se proponen tres planos distintos que interrelacionados permiten reconstruir a la realidad como una totalidad articulada.

1. La articulación entre niveles que pueden ser áreas temáticas de la realidad (lo económico, lo político, lo cultural, etc.).
2. La articulación entre niveles espacio-temporales (niveles de lo micro a lo macro de la realidad, relación coyuntura y secuencia de coyunturas).
3. La articulación de la dialéctica praxis-estructura (referida a la direccionalidad de la realidad objetiva debida a la praxis de los sujetos sociales, en relación a la estructura económica, social y política).

Al tratar de aprehender a las organizaciones populares de salud en la zona fronteriza de Las Margaritas en su constitución como sujeto social, no partí de una teoría para explicar el fenómeno. El punto de partida como ya mencioné, fue la necesidad de encontrar respuestas en el quehacer político a las preguntas planteadas, que son problemas que se concretan en un fenómeno social particular. Lo político no constituye desde esta óptica un conocimiento en sí mismo, sino más bien una perspectiva de conocimiento que se fundamenta en la idea de que toda la realidad social es una construcción viable (Zemelman, H; 1987; p. 35).

En la construcción del conocimiento para aprehender la dinámica del sujeto social a que me refiero, traté de articular por lo tanto diferentes planos de la realidad.

El primero corresponde a la articulación entre áreas temáticas acerca de la historia y antecedentes del municipio de Las Margaritas hasta el momento actual, que abarca lo económico, lo político, lo social y cultural sin restringir el objeto de estudio sólo al ámbito de la salud. Es el contexto complejo en el que adquiere su especificidad el fenómeno social, "pues el despliegue de la cosa no puede ser concebido aisladamente del contexto en que se inserta y que le especifica" (Op Cit; p 50).

El siguiente plano que trato de referir a la articulación entre los niveles espacio-temporales de lo macro a lo micro y viceversa, así como entre coyuntura y secuencia en el tiempo, que corresponden a diferentes ámbitos. Desde lo individual referido a la vida cotidiana del promotor(a) de salud a lo colectivo que se expresa en las organizaciones populares de salud y en el Consejo de Salud del Municipio Autónomo de Tierra y Libertad. Cada uno de ellos es un campo de observación con su pasado, su presente de prácticas sociales y su futuro contenido en las acciones del presente, proceso histórico

entendido como secuencia de coyunturas. Cada campo de observación es a su vez un problema o un campo de problemas.

La articulación entre praxis y estructura que alude a la direccionalidad que puedan imprimirle a la realidad las fuerzas sociales frente a las determinaciones, corresponde según el objeto de estudio, a la incorporación de niveles como la utopía, el proyecto y la fuerza como poder. "El proyecto conforma la direccionalidad de la praxis propia del proceso transcoyuntural" (Op Cit; p. 28).

A continuación se representa gráficamente la articulación del plano entre niveles o áreas temáticas de la realidad, así como aquél acerca de la articulación entre dimensiones espacio- temporales.

ACERCA DE LA RIQUEZA DEL CONTEXTO EN QUE SE ARTICULA EL PROBLEMA



El plano que resulta de la articulación entre dimensiones espacio-temporales de lo macro a lo micro, y la que resulta de la dialéctica praxis estructura aparece en el cuadro siguiente.

DIMENSIONES ESPACIO-TEMPORALES DE LO MACRO A LO MICRO

ÁMBITO DE ANÁLISIS	NIVEL DE OBSERVABLES
I. Individual	I. El promotor(a) de salud en su comunidad - Cuáles fueron sus motivaciones para ser promotor(a) de salud. - Cómo es la vida cotidiana del promotor(a) de salud campesino(a). - Cuáles son sus prácticas en relación a la salud, tomando en cuenta lo transmitido por el grupo social y lo adquirido en su capacitación y experiencia como promotor (a) de salud. - Cuáles son sus necesidades y cómo las resuelve.
II. Colectivo	II. Las Organizaciones Populares de Salud en la zona fronteriza de Las Margaritas. - Historia de su conformación como espacio colectivo. - Prácticas sociales del colectivo, logros y obstáculos. - Necesidades y modo de resolverlas como colectivo. - Percepción de lo propio y lo ajeno. El Consejo de Salud del Municipio Autónomo de Tierra y Libertad. - Historia de su conformación como espacio colectivo. - Prácticas sociales del colectivo, logros y obstáculos. - Necesidades y su resolución como colectivo.

La articulación de la dialéctica praxis-estructura, que alude a la direccionalidad de la realidad objetiva por las prácticas de los sujetos sociales, incorpora no sólo el pasado-presente, sino fundamentalmente el presente-futuro de lo que está dándose y lo aun no dado, pero que se contiene como potencialidad.

DIMENSIONES QUE ALUDEN A LA ARTICULACIÓN PRAXIS-ESTRUCTURA

ÁMBITO DE ANÁLISIS	NIVEL DE OBSERVABLES
II.a. La utopía	II.a. La utopía de las Organizaciones Populares de Salud. La utopía del Consejo de Salud. - Conciencia de la realidad posible compartida como colectivo
II.b. El proyecto	II b. El proyecto de las Organizaciones Populares de Salud El proyecto del Consejo de Salud - Reconocimiento de opciones. - Objetivos, estrategias y tácticas. - Voluntad colectiva como necesidad social.
II.c. El poder	II.c. Fuerza de las Organizaciones Populares de Salud. Fuerza del Consejo de Salud. - Prácticas sociales constructoras de realidad.
III. Lo estructural	III. El sector salud en Las Margaritas. - Políticas aplicadas en la zona fronteriza.

“La reconstrucción articulada de la realidad como estrategia metodológica, concibe a la realidad como proceso articulado y en movimiento hacia transformaciones posibles, cuya dinámica está sujeta a la intervención de fuerzas sociales y la estructura” (León, V. E. y Valencia, G; p. 18).

Los ámbitos de análisis de dicho enfoque metodológico, por lo tanto, responden a una necesidad de aprehensión de la realidad en que se constituye el sujeto social.

Lo individual pretende captar los microdinamismos complejos que subyacen en la constitución de la subjetividad colectiva. Remite a la vida cotidiana como espacio de reproducción social, en la que las necesidades y su modo de resolverlas se ajustan a la estructura de determinaciones (sociales, económicas, políticas, etc.) o a diverso grado de ruptura con ellas. La identidad individual forma parte de la identidad colectiva, sin embargo el colectivo no es un agregado de individuos, sino “un espacio de reconocimiento común que trasciende a cada uno de ellos”. La identidad colectiva “supone la elaboración compartida de un horizonte histórico común y la definición de lo propio (el nosotros), en relación de oposición a lo que se reconoce como ajeno (los otros)” (Valencia, G. y Zemelman, H; p. 12).

La utopía se opone a una concepción fatalista del mundo, por lo cual tiene un contenido de esperanza que cumple el papel de orientar y dotar de sentido a las prácticas sociales que realizan los sujetos. La utopía es “expresión de la subjetividad social que incorpora la dimensión futura como potencialidad del presente. Es aquí donde el imaginario social se despliega formulando y reformulando la relación entre lo vivido y lo posible, entre el presente y el futuro. La utopía transforma el presente en horizonte histórico, más no garantiza la construcción de nuevas realidades” (Op Cit; p. 8-9).

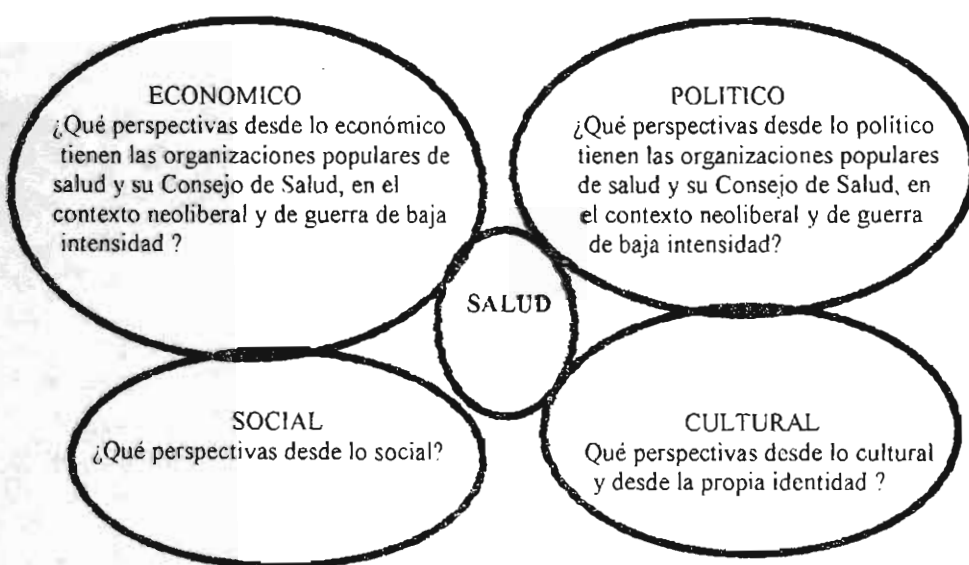
El proyecto implica la materialización de las propuestas dirigidas a construir el futuro posible. “El reconocimiento de opciones, la formulación de estrategias, las alianzas e iniciativas de los colectivos, esto es, su acción organizada implica transformar las utopías compartidas en proyectos encaminados a dar una dirección al presente. Los contenidos de los proyectos entendidos en constante transformación, dependen de la forma específica en la que se resuelva la relación entre la necesidad y la utopía, entre el presente y el futuro en el despliegue de sus prácticas” (Op Cit; p. 9-10). El proyecto político de salud en términos generales tiene contenidos que expresan la necesidad de luchar por mejorar las condiciones materiales imprescindibles, en el marco más amplio de la opción elegida por los pueblos campesinos indígenas. Esto es, la lucha por la construcción de sus autonomías y por un tipo de desarrollo elegido por ellos mismos.

Puesto que nos ubicamos en una realidad compleja en donde coexisten diferentes fuerzas sociales, que luchan por hacer posible su utopía, puede definirse el poder como la capacidad de imponer a los procesos sociales una dirección en función de la opción elegida. Es la posibilidad de fuerza en el plano de las prácticas sociales, en tanto en éstas se construyen nuevas realidades. El concepto de clase-poder a que refiere Zemelman refleja la especificidad de lo político. El poder es en principio la capacidad del sujeto para reproducirse, lógica que predomina sobre la de su transformación. Puesto que en la constitución del sujeto interviene la elaboración de una identidad colectiva, este poder está mediado por una dimensión subjetiva, que será más clara en la medida en que rompa con la ideología dominante, lo opuesto a lo cual se mueve más en dirección de la inercia. El poder puede descomponerse en dos dimensiones, por un lado

el poder como acceso a instancias de decisión institucionalizadas, y por otro como capacidad de creación de nuevas instancias de decisión que rompen con las estructuras de dominación existentes (Zemelman, H; 1989: Pp. 35,41,80, 87).

Según la perspectiva cognoscitiva de Zemelman puesto que hay condicionamientos teóricos, ideológicos, los de la experiencia, o una combinación de todos ellos, la problematización juega a lo largo del proceso de reconstrucción articulada un mecanismo de razonamiento que asegura la apertura hacia lo real. La problematización implica cuestionar y reformular las situaciones puesto que es una búsqueda permanente de relaciones posibles.

Así, el problema inicial acerca de la perspectiva de las organizaciones populares de salud de la selva fronteriza de Las Margaritas, y de su construcción como sujeto social ubicado en el contexto regional en el que se desarrolla, intenté vincularlo con lo nacional, permitiéndome a su vez especificar el planteamiento para abrirlo a significados no pensados. Significados que revisten posibilidades no determinadas de actuación sobre la realidad, de acuerdo a los diferentes ámbitos en que la pregunta inicial pueda ser planteada.



Así la pregunta original planteada específicamente desde el contexto económico, político o cultural me permitió imaginar otras respuestas tal vez más concretas aunque menos globales.

Si bien originalmente fueron planteadas algunas hipótesis de trabajo, más que verificar el cumplimiento o no de las mismas en la realidad, lo que pretendí fue encontrar respuestas prácticas, caminos para hacer posible colectivamente la existencia

y permanencia del proyecto de las organizaciones populares de salud, y en este caso de su Consejo, en el marco de su autonomía como pueblos y de un tipo de desarrollo decidido como opción por ellos mismos. Por ahora dicha posibilidad se confronta con el proyecto neoliberal a nivel regional, estatal y nacional y es combatida por el gobierno federal y estatal en una estrategia de guerra de baja intensidad. ¿Encontrar opciones posibles será demasiada pretensión en este complejo contexto?

Pero subyacente a la posibilidad o no de constitución del sujeto social, está en cuestión la finalidad misma de la formación de promotores de salud, la cual no tiene sentido de ser si sólo se inscribe en la continuación del orden dominante para ser funcional a él, si ello no sirve para rebelarse aunque sólo sea como esperanza contra la fatalidad de una forma de enfermar y morir y si no vislumbra a futuro la posibilidad de abrir las potencialidades creadoras del ser humano.

LA REGIÓN DE LAS MARGARITAS.

Ubicación del municipio de Las Margaritas.

En la clasificación regional definida por la Coordinación General del Comité Estatal de Planeación para el Desarrollo de Chiapas (COPLADE), el municipio oficial de Las Margaritas pertenece a la región III Fronteriza junto con ocho municipios más: Comitán de Domínguez, Chicomuselo, Frontera Comalapa, La Independencia, Socoltenango, La Trinitaria y Tzimol. Todos ellos con similitudes y diferencias, comparten la característica de colindar con la República de Guatemala.

Acerca de Las Margaritas puede decirse que es el segundo municipio más grande del estado de Chiapas. Colinda al norte con el municipio de Altamirano y Ocosingo; al sur con los municipios de La Independencia, Comitán de Domínguez y el departamento de Huehuetenango en Guatemala; al este con Ocosingo y al oeste con Comitán y el municipio de Chanal (Los municipios de Chiapas; 1988; p. 294). Es un municipio fronterizo recorrido por dos serranías que se desprenden de Los Cuchumatanes en Guatemala, y que le dan un relieve accidentado hasta en un 50%, el resto de su superficie son zonas semiplanas en un 40% y zonas planas. Esta diversidad en su geografía le da la posibilidad de tener tres áreas ecológicas principales, la de tierras altas hacia el norte y oeste, los valles hacia el extremo suroeste, y la zona comprendida dentro de la Selva Lacandona (Ruz; 1982; p. 68).

La población tojolabal en Las Margaritas.

Se considera que el municipio de Las Margaritas ha sido asiento original de los tojolabales, en donde existe la mayor densidad de su población. Además de Las Margaritas su presencia se extiende hasta los bosques de Altamirano, municipio que le sigue en orden decreciente y donde conviven con núcleos de población de origen tzeltal. En la Trinitaria, los valles de La Independencia en la frontera, así como Comitán, la población tojolabal es más bien escasa (Op. cit; p. 67). En el municipio hay población tzotzil y tzeltal proveniente de la región de Los Altos desde 1960, y posteriormente también migraron choles y aun zapotecos. La población mam y kanjobal principalmente, y en menor proporción la hablante de cakchiquel, ixil, quiché y jacalteco presentes en el municipio desde 1980, son originarias de Guatemala (Acevedo: 1992; p. 112).

En relación con los tojolabales se dice que no es posible que siglos antes habitaran el área que ahora ocupan, fenómeno relativamente reciente. Al respecto el médico y antropólogo Mario Humberto Ruz, quien ha investigado las costumbres tojolabales, señala que ha sido un grupo mayense insuficientemente estudiado, a diferencia de sus vecinos tzeltales, tzotziles y escasos lacandones. Parece ser que las explicaciones del origen de los tojolabales aún son hipótesis de trabajo.

No se tienen noticias sobre la ubicación del grupo tojolabal en épocas previas a la colonia, sino hasta fines del siglo XVII que se hace referencia imprecisamente al chañabal, como una lengua particular en el obispado de Chiapas. En ese tiempo, buena

parte de la provincia de "Los Llanos"¹ que incluye lo que ahora es conocido como Las Margaritas, estaba en poder de los dominicos. En el siglo XVIII la orden controlaba las fértiles tierras de Custepeques, tierra caliente colindante con Soconusco y Guatemala, así como La Fraylesca, en donde poseían ricas estancias de ganado y caña de azúcar. En la hoy zona tojolabal, el clero percibía las rentas de las haciendas del lugar (Ruz; 1982, p. 233).

Podría esperarse que los tojolabales hubieran sido encomendados o usados como peones en las estancias de los dominicos y vecinos de Cd. Real y Comitán, o que hubieran huido a las zonas montañosas o selváticas para escapar de los tributos de los conquistadores, sin embargo no hay evidencias claras respecto a su ubicación en ese tiempo. Hasta ahora las investigaciones los relacionan con los chujes de Guatemala, de donde se piensa que emigraron a su hábitat actual (Ruz; 1981; p. 47). Al parecer ya para el siglo XVIII los tojolabales habitaban una zona definida que era incluida dentro de la "Tierra de guerra del lacandón" (Ibidem).

Las Margaritas, según la tradición, se inició como asentamiento desde fines del siglo XVII. Lugar conocido con el nombre de El Bakalnich, fue cedido por la Corona Española a los pobladores del cercano Comitán. Milperio o reducción tojolabal en el siglo XVIII, mantiene su predominio indígena hasta fines del XIX (Ruz; 1992; p. 19). Ya para 1871 el lugar fue erigido como pueblo y cabecera municipal por decreto del entonces gobernador de Chiapas, José Pantaleón Domínguez. Según esta historia la formación del pueblo se hizo con los habitantes de la entonces rancharía Las Margaritas, del departamento de Comitán, "fue el propio jefe político quien hizo la demarcación del fundo legal del nuevo pueblo, dando a cada familia de indígenas tojolabales tierras suficientes para casa y sitio" (Los municipios de Chiapas; 1988; p. 293).

Los finqueros en Las Margaritas-Comitán y la revolución de 1910.

Con la aplicación de las leyes de reforma en 1867, los bienes de los dominicos fueron adquiridos por los españoles y criollos principalmente de apellidos Castellanos y Esponda, residentes en Comitán² (Ruz; 1982; p. 234). Pero la reforma no solo afectó las propiedades de la Iglesia sino también las tierras de las comunidades indígenas. Según señala Carlos Lavín de la Misión de los Hermanos Maristas de Comitán, al parecer para 1837 existían en el área 120 latifundios, mientras que en 1879 había 125³, en 1887 había 129 y ya para 1889 había 183; situación que revela la voracidad de los nuevos propietarios sobre las tierras de "manos muertas". El mismo Lavín a manera de hipótesis señala que los chañabales quizás hayan perdido todas sus tierras, en contraste con tzeltales, tzotziles y choles que lograron salvar algunas propiedades comunales. Uno de sus argumentos dice que "los viejitos tojolabales en sus pláticas no parecen guardar memoria de reducciones previas a la revolución, en cambio sí platican mucho

¹ Comitán fue fundada por los españoles en 1528 con el nombre de San Cristóbal de Los Llanos, donde los pueblos indígenas fueron sometidos y distribuidos en encomiendas. Los dominicos llegaron en 1577 y fundaron el convento de Santo Domingo de Guzmán (Lomeli; 1988; p. 10).

² La familia Castellanos llegó a poseer más de trece fincas: Rosario Baja, Rosario Santiago, Rosario Jotaná, Rosario Chiptic, Rosario Bauitz, Saltillo, San Joaquín, Medellín, Soledad, Napité, Bajukú, La Piedad, Santa Rita y El Momón (Lomeli; 1988; p. 12). Aunque dichas propiedades fueron afectadas por la reforma agraria, para 1994 aún permanecen en poder de la familia Castellanos la finca Guayamutzel, San Joaquín y Guadalupe; en la periferia de la selva poseen las fincas Belén, Palmira, La Pacaya y El Momón. Todas ellas en el municipio de Las Margaritas (Correa, G. Corro, S. López, J. C.; 1994; p. 21).

del baldío". Señala además que como grupo han sufrido un proceso de ladinización mayor que los otros grupos, probablemente por el desarraigo originado en el despojo de sus tierras (Lavin; 1974; p. 15).

Los viejitos guardan memoria del tiempo conocido como "el baldío", el cual es el pasado más inmediato y firme de las raíces indígenas. El nombre es alusivo a la época en que se trabajaba "de balde", para los propietarios de las fincas, aún entrado el siglo XX. En esa época, los indígenas tenían la obligación de trabajar una de cada dos semanas en forma gratuita para el patrón. Esta prestación forzada de servicios trataba de justificarse por el uso de la tierra de la hacienda que era prestada para vivir. "El resto del tiempo los indígenas trabajaban de 10 a 11 horas diarias durante 6 días de la semana en las milpas y cañaverales de las fincas, percibiendo a cambio un salario de 25 centavos al día (1926)" (Ruz; 1982; p. 234). Las condiciones de vida de la población cautiva seguramente eran muy precarias y los abusos y maltratos no eran infrecuentes, según son descritos en el trabajo de "Memoria Baldía" de Hernández y Ruz precisamente acerca del baldío (Hernández, G.A. y Ruz, M. H; p. 1992).

Las leyes de reforma habían hecho posible la formación de grandes latifundios. Dichas leyes fueron el antecedente de la ley de deslindes de tierras ociosas en 1894 durante el porfiriato, que a su vez permitió la concentración de grandes extensiones de selva en manos de compañías madereras. La hacienda era la unidad económica, social y política predominante, no obstante que las relaciones sociales de producción en ella no eran capitalistas. Esa situación se modifica con la entrada de las grandes empresas madereras en la selva y empresas cafetaleras en el Soconusco, las cuales estaban financiadas por capital extranjero. Con ellas se inicia en realidad la entrada del capitalismo en estas porciones del territorio chiapaneco (González, Pacheco; 1983; p. 85).

Al respecto una de las primeras empresas en extraer el cedro y la caoba de la Selva Lacandona fue la Casa Bulnes³. Esta llegó desde antes de 1878 y para 1904 contaba con 19 predios privados a lo largo del río Jataté, además de dos zonas concesionadas por el gobierno de Porfirio Díaz. La primera y más grande en el municipio de Las Margaritas cruzada por los ríos Santo Domingo, Euseba, Dolores, Caliente y colindante al noreste con el río Jataté; y la segunda en parte del municipio de Altamirano y Ocosingo cruzado por el afluente del río Tzaconejá que desemboca al mismo Jataté (Op. cit; p. 88). La Casa Bulnes tenía su centro de operaciones en lo que hoy es el ejido San Quintín, de la cual dependían seis monterías más (Op. cit; p. 91). La fuerza de trabajo de dichas explotaciones fue en buena parte de origen tzeltal (Op. cit; p. 49), sin embargo al parecer, los tojolabales también fueron utilizados sobre todo en los campamentos situados en las márgenes del río Euseba y Jataté. Según recuerdan algunos viejitos trabajadores de las monterías "la vida era tan difícil que para eliminar la posibilidad de regreso, se quitaban las hamacas de los ríos una vez que se había cruzado la corriente" (Lavin; 1974; p. 16). No se menciona la presencia de trabajadores tzotziles los cuales más bien se empleaban en las fincas cafetaleras del Soconusco.

³ La Casa Bulnes deja de operar al inicio de la Primera Guerra Mundial pues dependía de financiamiento europeo. Mientras tanto la revolución modifica a pesar de todo las relaciones sociales de producción en las monterías, pues desaparece la tienda de raya y los tratos más brutales. Para 1950 la empresa Maderera Maya de la Vancouver Playwood Company adquiere y explota parte de las zonas de Los Bulnes (Op. cit. p. 92-172).

La región conoció la lucha de resistencia de la “familia terrateniente chiapaneca” a la llegada del ejército constitucionalista de Carranza. Los nortños del “ala radical” del constitucionalismo llegaban a la gran finca autárquica y de relaciones semiesclavistas que era Chiapas, con la intención de repartir la tierra, liberar a los mozos de las haciendas, borrar mediante la educación “las tinieblas de la ignorancia y el fanatismo” (García de León; 1982; 51). La resistencia más fuerte comenzó entonces en las regiones de más antigua implantación ladina, personificada en los finqueros de los Valles Centrales, quienes encabezaron la defensa de sus propiedades y de un mundo donde confluía también un pasado de resistencia indígena.

En el valle de Comitán, los Castellanos, los Rovelo -apellidos actuales- y otros hacendados formaron una columna con sus mozos para combatir a los carrancistas, columna que más tarde estaría al mando del tuxtleco Tirso Castañón, quien traficaba ganado en Guatemala a cambio de armas (Op. cit; p. 62-63). Los mapaches como se autollamaban los rebeldes ocuparon varias veces la región de Comitán, la cual más tarde fue controlada por ellos y en la que sentaron su oficina de operaciones, nombrando como su gobernador provisional a Tirso Castañón (Op. cit; p. 72).

En los relatos tojolabales no se diferencian villistas, carrancistas o pinedistas pero sí se ubican esencialmente dos bandos, el de los ricos y el que luchaba por el campesinado (Hernández, G. y Ruz; 1992; p. 23). Por su parte Lavin menciona que los tojolabales no hablan de “revolucionarios” sino de “carrancistas”, y menciona dos batallas que se libraron en la zona: la de las fincas San Joaquín y Chiptik. Al respecto de la primera el finquero Ernesto Castellanos había formado su propio ejército para combatir a los carrancistas quienes, apoyados por los tojolabales, habrían logrado vencerlo. Los viejos recuerdan estos hechos cuando hablan de la revolución, y si bien no parecen tener conciencia de un movimiento de extensión nacional, si la tienen de un movimiento que les dio tierras y les hizo perder “su debe,” (Lavin; 1974; p. 18).

El problema de la tierra se vivía en Chiapas de manera diferente a como acontecía en el centro de México. Según García de León, en el estado las grandes haciendas “jamás habían destruido a las comunidades con la excepción de los valles centrales, y aun donde lo habían hecho los peones reaccionaban en defensa de “sus tierras”, es decir de las que les cedían los patrones. Los indios de comunidad, los que mantenían de siempre sus escasas tierras eran por lo general ajenos a los conflictos; esta era “una guerra de los ladinos”. De acuerdo a lo anterior “cuando más y para evitarse problemas, podrían contemporizar con los rebeldes o proporcionar “voluntarios” a los carrancistas, pero seguían manteniendo la fe sólo en sus propias instituciones” (García de León; 1982; p. 95).

A la derrota de Carranza e inminente ascenso al poder de Alvaro Obregón, las fuerzas constitucionales aún en el estado se adhirieron a éste. En Las Margaritas (Comitán), soldados del regimiento del último gobernador carrancista en el estado se “levantaron en armas” (Op. cit; p. 37). Los mapaches simpatizantes de Obregón pactaron la pacificación del estado, no sin antes imponer como una de sus condiciones el respeto a la soberanía de Chiapas. Por su parte, aquél les reconoció la soberanía que como grupos de poder, tenían en el estado. La contrarrevolución y por lo tanto la continuidad habían ganado.

El reparto de la tierra después de la revolución de 1910.

Posteriormente a 1920 con los finqueros en el poder, la reforma agraria que siguió trató de evitar que los intereses de éstos se vieran afectados. Para ello legalizaron en un cierto margen los límites de las propiedades y trataron de promover la colonización de tierras baldías de propiedad nacional (Op. cit; p.142). Por otro lado, la mayoría de la fuerza de trabajo en el estado era de peones acasillados que no eran tomados en cuenta en la legislación vigente, como demandantes de tierra de las haciendas donde laboraban (Reyes; 1994; p. 17). A nivel estatal desde 1910 la proporción de peones acasillados era de 92.8% (Reyes; 1992, p. 62). En la región de Las Margaritas en el mismo año el 71% de su población se concentraba en 32 fincas. Ya para 1920 dicha población aumenta en un 20 % redistribuyéndose entre las grandes propiedades y los ranchos, los cuales se cuadriplican en número con apenas una mínima disminución en el número de grandes propiedades (Acevedo; 1992; p. 104).

Con el gobierno de Lázaro Cárdenas (1934-1940), las legislaciones agrarias dejan de ser atribución de los estados para constituirse exclusivamente en materia federal, sustento de la política agraria nacional. En ese periodo de amplia movilización de campesinos y obreros que buscaban solución a sus demandas, en el estado de Chiapas se había iniciado la expropiación de tierras a los grandes propietarios extranjeros en el Soconusco y la costa; al mismo tiempo que en 1937 se reconoció a los peones acasillados como actores sociales demandantes de tierra. Con el fin de hacer frente a la política agraria cardenista, los terratenientes se organizaron constituyendo asociaciones ganaderas las que, desde entonces, contaron con todas las facilidades de parte de los gobiernos estatal y federal (Reyes; 1992; p. 64).

A pesar de que las relaciones sociales se modifican en algo con las medidas puestas en práctica en este periodo, pues se inició un ciclo de movilizaciones de sindicatos agrícolas que reivindicaban la tierra, lo cierto es que la estructura agraria en la entidad quedó de hecho intacta (Reyes; 1994; p. 7 y Reyes; 1992; p. 57-59).

“Con motivo de los repartos de tierra generados a principios de siglo por la reforma agraria, los tojolabales que vivían como peones acasillados en las haciendas del distrito de Comitán (excepción hecha de los que habían logrado fugarse), fueron liberados de deudas y dotados de terrenos expropiados a las fincas. El reparto no fue fácil pues algunos propietarios lograron proteger sus intereses personales, ya fuera por medio de argucias tales como declarar sus propiedades bajo el rubro de ganaderas, cuando en realidad se dedicaban solo al cultivo de maíz, caña o café; sobornos o violencias, encarcelando e incluso mandando asesinar a líderes locales” (Ruz; 1982; p. 76).

A partir de la década de los 30 en Las Margaritas, debido a las acciones agrarias ya iniciadas, la población migró para formar asentamientos en áreas cercanas a las ya habitadas, pues para entonces el 40% se concentraba en 31 fincas y el 23% en ranchos (Acevedo; 1992; p.). “Los ejidos de los valles, por ejemplo, se formaron con peones de finca en la época del reparto agrario cardenista” (Paniagua; 1991-93; p. 2). Según menciona Ruz de cada finca surgieron uno, dos o hasta tres ejidos que se levantaron en terrenos cercanos a la hacienda.

El reparto masivo de tierras se puede identificar como política agraria estatal a partir de 1940 y hasta 1970, periodo en que el gobierno chiapaneco, expresión de las clases dominantes, contó con una gran cantidad de terrenos nacionales para fomentar la colonización de las tierras vírgenes y baldías de la entidad, sin afectar las grandes propiedades. Al mismo tiempo la colonización había propiciado desde antes de 1930 la especulación y acumulación de las mejores tierras por parte de particulares, los llamados "nacionaleros"⁴; mientras que durante el periodo cardenista y gobiernos posteriores, el número de nacionaleros y la cantidad de tierras asignadas disminuyó significativamente (Reyes; 1992; p 73).

A partir de 1940 se observa la tendencia entre los particulares de ocupar tierras de las zonas hasta entonces vírgenes como Ocosingo, Trinitaria, Palenque, Margaritas, Independencia, etc., manifestándose la colonización hacia la zona fronteriza. Muchas de las propiedades no poseían títulos a pesar del tiempo en que fueran adquiridas. Esta situación de indefinición permitió que se formaran latifundios y fue motivo de conflictos con los ejidos que se constituyeron (Reyes; 1992; pp. 79-80).

También en la década de los 40, pero en especial entre 1950-59 el reparto de tierras a los campesinos crece significativamente respecto a los periodos anteriores y, aunque abarca casi la totalidad del estado, se tiende a concentrar en la zona de la selva y la zona fronteriza, "concretamente en municipios como Comitán, Margaritas, Trinitaria, Altamirano, Chicomuselo, Ocosingo, Palenque, Tila, Chilón y Salto de Agua" (Reyes; 1994; p. 18). Para 1940 en el municipio de Las Margaritas, producto de las resoluciones de tierras solicitadas en décadas anteriores, la población en las haciendas y ranchos había disminuido drásticamente (26 %) para distribuirse en ejidos. Hasta entonces la dotación de tierras correspondió principalmente a la afectación de las haciendas, para posteriormente efectuarse a partir de los terrenos nacionales (Acevedo; 1992, pp 105-106).

La colonización de la Selva Lacandona.

La colonización de los terrenos nacionales de la selva para formar nuevos asentamientos, se inicia propiamente en 1950. La migración se realiza inicialmente en sus márgenes, desde ahí prosigue el avance a su interior tanto por población nueva como por aquella procedente de los primeros asentamientos, en este caso avecindados o hijos de ejidatarios con necesidad de tierras.⁵ Ya para entonces en Las Margaritas el 60% de la población se concentraba en 81 ejidos, en tanto que en las fincas y ranchos únicamente permanecía el 18% (Op cit; p. 106-107). Los movimientos migratorios hasta aquí registrados en el municipio son básicamente de población tojolabal (Op.cit. p. 108).

⁴ La Ley de Tierras Libres de 1923 permitía a todo mexicano mayor de 18 años adquirir terrenos nacionales o baldíos, con sólo dar aviso a la Secretaría de Agricultura y Fomento. Las leyes emitidas posteriormente facilitaron la colonización de terrenos propiedad de la nación por particulares hasta 1946, fecha en que se intentó regular la colonización y dar preferencia a campesinos. Para 1962 se deroga la ley de colonización de 1946; en adelante la colonización se llevaría a cabo sólo mediante la creación de Nuevos Centros de Población Ejidal, adquiriendo dicha colonización un carácter social (Ibidem)

⁵ Como ejemplo, al ejido Guadalupe Tepeyac cercano al río Caliente en la Selva de Las Margaritas, llegaron las primeras seis familias aproximadamente en 1940 procedentes de Guadalupe Mexiquito. Para el año de 1955 se repartió el ejido entre un mayor número de familias (Chapinco; 1987).

Según menciona Jan de Vos, a partir de 1954 comienza la penetración en la selva por parte de la población indígena y mestiza por el oeste y el norte, hacia el latifundio de la empresa maderera Maya. En 1960 campesinos y ganaderos abrieron dos nuevos frentes de colonización de La Selva Lacandona, "desde Margaritas por la cuenca del río Santo Domingo, y desde Ocosingo por la cuenca del río Jataté y cañadas contiguas". La mayoría de la población colonizadora era campesina indígena proveniente de Los Altos, expulsada de esa región por la falta de tierra (De Vos, J; 1992; p. 25).

El trabajo de Acevedo menciona que es precisamente en los años 60, cuando se inicia la colonización hacia Las Margaritas por parte de población que llega de Los Altos y de otros municipios de la entidad. Menciona que en la parte norte del municipio la formación de nuevas poblaciones corresponde a la migración interna por la ampliación de ejidos (probablemente tojolabales), mientras que los que se forman por la vía de entrada de Santo Domingo pertenecen a la población de Los Altos, La Independencia, Margaritas y otros municipios más (Acevedo; 1992; p. 109).

La población de Los Altos y la migración a Las Margaritas.

La migración desde Los Altos puede entenderse si vemos su situación particular. Al respecto la región comprende el conjunto de comunidades tzotziles y tzeltales, ubicadas en la Meseta Central del estado. Abarca 15 pequeños municipios, 14 de los cuales son de carácter rural pues el único centro urbano es la ciudad de San Cristóbal de las Casas. La estructura agraria es de un minifundismo extremo, producto de la combinación del crecimiento de la población y de un territorio muy accidentado por montañoso. A las escasas posibilidades para su extensión pues a cada productor corresponde en promedio dos hectáreas, se agrega lo magro del suelo siendo sólo media hectárea la realmente disponible para labor por temporada (Angulo, J; 1991-93; p. 45).

El nivel de vida de su población ha sido de infrasubsistencia, caracterizándose por sus movimientos migratorios desde el siglo pasado cuando era enganchada y transportada a pie para trabajar en las fincas cafetaleras del Soconusco. En el presente siglo el trabajo asalariado sigue siendo un componente fundamental de su economía. Aún salen las familias tzeltales y tzotziles a las fincas cafetaleras del Soconusco, Sierra Madre y la zona norte del estado; o más recientemente a ciudades del sureste, pero principalmente a San Cristóbal de las Casas donde se ocupan en la construcción, en la venta de artesanías o en el comercio ambulante.

También por la escasez de tierras la población se ha visto obligada desde hace tiempo a rentar terrenos en la zona caliente, como los Valles del Grijalva, Socoltenango, Carranza y Pujilic (Op. cit; p. 48) y (Paz, S; 1989; p. 38). En resumen la región de Los Altos ha sido un semillero de fuerza de trabajo para el desarrollo del capital privado estatal, cuya economía campesina le permite reproducirse con un menor costo para el capital.

Al igual que en la región tojolabal, las Leyes de Reforma en Los Altos facilitaron el despojo de las tierras a comunidades indígenas para ensanchar la propiedad hacendaria, la que por sus características coloniales dio lugar al sometimiento de sus antiguos poseedores en el régimen de "baldíaje". Aquellos indígenas cuyas

tierras no fueron afectadas en su totalidad pasaron a convertirse en mozos, los cuales eran trabajadores libres que sin embargo por medio del endeudamiento también quedaron sujetos a la hacienda (Paz S; 1989, p. 39, 44, 45).

Posteriormente durante la reforma agraria las fincas tanto de la región tojolabal como de Los Altos fueron afectadas y cedidos sus terrenos de menor calidad.⁶ La política indigenista que se llevó a cabo durante el periodo cardenista, palió por algunos años la situación de la población indígena (Op. cit; p. 58).

Sin embargo al ser las tierras malas e insuficientes para la alta densidad poblacional de esta particular región de Chiapas, continuó la migración y la presión sobre la tierra. En la década de los 60 algunas familias tzotziles y tzeltales se aventuraron a migrar definitivamente a los terrenos nacionales de la selva, situación favorecida por la política agraria a nivel estatal como federal. Para ello dos instituciones fueron las encargadas de promoverlo: el Instituto Nacional Indigenista (INI) y el Departamento de Asuntos Agrarios y Colonización (DAAC). El primero había elaborado en 1965 un proyecto de "Reacomodo de los excedentes de población de Los Altos de Chiapas en Las Margaritas", el cual menciona la existencia de 200,000 hectáreas de terrenos nacionales en Las Margaritas e Independencia (Op. cit; pp. 33-66). En dicho proyecto se pretendía la relocalización de 10,000 familias en los terrenos localizados entre los ríos Santo Domingo y Jataté, señalándose que el DAAC tenía ya localizadas 60,000 hectáreas (Acevedo, 1992; p. 129).

Para cuando el INI formula su proyecto de reacomodo con el fin de formar nuevos centros de población ejidal, ya se había iniciado en forma espontánea la búsqueda y colonización de terrenos nacionales. Fueron los habitantes de Chamula quienes iniciaron la migración seguidos de huixtecos, tenejapanecos y aun tojolabales de la región norte del municipio de Las Margaritas. Es importante mencionar que la población que migró no contó con apoyo gubernamental, situación que corrió por su cuenta y riesgo. El trabajo de Paz narra por medio de interesantes testimonios de los propios protagonistas, las dificultades de la colonización de la selva virgen.

El desarrollo en Chiapas y los conflictos por la tierra.

Para la década de los 70 había ya una situación de crisis en el estado como producto de procesos que se desarrollaron desde décadas pasadas y al que se agregaban nuevos fenómenos. Por un lado el agotamiento de los terrenos nacionales que hasta ese momento habían sido la base del reparto agrario, la creciente expansión de una ganadería de corte extensivo⁷ en competencia con terrenos para milpa, y aun el

⁶ Es de notar que los apellidos de los finqueros de Tenejapa son los mismos apellidos de las familias de abolengo en San Cristóbal: los Flores, Trujillo, Pineda, Trejo, Ruiz, Santiago. Es de mencionar que en 1855, el finquero Ramón Larráinzar tenía en propiedad más de la mitad del territorio de Chamula y todo el que corresponde a Mitontic (Paz; 1989; p. 42).

⁷ La fracción ganadera fue el grupo más importante de la burguesía agraria regional, una vez establecido el gobierno "posrevolucionario" en la entidad. La ganadería ha gozado de privilegios por parte de los diferentes gobiernos estatal y federal. Es en la década de 1950 cuando ésta experimenta un fuerte incremento e inicia a su vez la migración por el norte, hacia la selva mediana y alta. Si bien las tierras nacionales han sido el sustento de la política agraria, también es cierto que han servido a la expansión de la ganadería extensiva con los consiguientes conflictos (Fernández Ortiz; 1994; p. 8-9 y González Pacheco; 1983; p. 186).

incremento significativo de la población a una tasa de 3% mientras que el promedio nacional fue de 2.4%. Por otro lado se abrían nuevos procesos de explotación capitalista para "el desarrollo nacional", como la construcción de presas generadoras de electricidad por parte de la Comisión Federal de Electricidad (CFE) y las exploraciones petroleras por parte de PEMEX, proyectos depredadores del ambiente y que también competían por el uso del suelo (Reyes; 1994; p. 18 y Reyes; 1992; p. 33).

Como puede entenderse lo anterior generó conflictos agrarios que llevaron a la emergencia en el escenario estatal de un proceso de organización y lucha campesina y, por lo tanto, de presión sobre la tierra. Es en ese tiempo cuando el gobernador Velasco Suárez, comprometido en un proyecto de modernización y con el fin de aminorar la presión sobre la tierra, facilita la continuación en mayor escala de la colonización de la selva a través de los nuevos centros de población en la zona conocida como Marqués de Comillas. La migración campesina pareció aminorar la conflictividad agraria en las regiones de Los Altos, Norte, Costa y Valles Centrales. Zoques, tzotziles, tzeltales, choles, tojolabales y aun campesinos de otros estados del país, se encontraron como nuevos pobladores en esta parte de la selva del municipio de Ocosingo (Reyes; 1994; p. 19).

Pero la federación tenía también la presión de conservar la Selva Lacandona y frenar hacia ella la migración masiva, a la vez de tomar en sus manos la explotación forestal eliminando a la iniciativa privada. Lo anterior llevó en 1972 a la titulación por decreto de 614 mil 312 hectáreas para 66 jefes de familia lacandones en el corazón de la selva. Con esto el gobierno federal se oponía contradictoriamente al mismo programa de colonización ejidal y se generaban conflictos, entre los beneficiados y los núcleos de población choles y tzeltales asentados 20 años antes e incluidos dentro de la demarcación (De Voz; 1992; p. 281-282). A la vieja conflictividad entre los rancheros criadores de ganado y los campesinos de la Selva Lacandona, se agregaban además los problemas por el reconocimiento federal de los derechos sobre la tierra de la población colonizadora (González Pacheco; 1983; p. 198).

La colonización en el suroriente de la Lacandona no presentó los mismos conflictos que se suscitaron en el resto de su territorio. Los terrenos en la selva de Las Margaritas al parecer no eran viables para la explotación forestal pues no fueron adquiridos por posteriores empresas madereras⁸, además de que por otro lado habían quedado fuera de los titulados a las familias lacandonas (Paz; 1989; p.).

El movimiento migratorio a la selva de Las Margaritas había continuado en toda la década de los 60. Así fue que se fundaron Nuevo San Juan Chamula (1964), Nuevo Huixtán (1965), Nuevo Poza Rica (1966) y Nueva Jerusalén (1969). En la década de los 70 la zona ya se encontraba más poblada y tenía más facilidad de acceso. Los nuevos pobladores sin embargo, encontraron la dificultad de que en las tierras más

⁸ En 1950 después de la segunda guerra mundial la empresa Vancouver Plywood Company de Washington instaló con la anuencia del gobierno mexicano la empresa Maderera Maya, S.A. Esta adquirió la mayoría de los terrenos de la selva explotados por los grandes latifundistas porfiristas. Parte de la zona Bulnes ya referida fue la última en ser comprada. Los predios seleccionados fueron los ubicados en el municipio de Ocosingo cercanos al Jutré: Las Tizas, La Catarata, La Trinidad y Monte Libano, los cuales poseían las concentraciones más importantes de madera preciosa de la Selva Lacandona. Por el contrario la parte de la zona Bulnes por el río Santo Domingo en Las Margaritas y la del río Tzaconejé en Altamirano, fueron dejadas de lado (González Pacheco, 1983; p. 171-172 y Acevedo; 1992; p. 121).

próximas ya había ejidos constituidos y tenían, por lo tanto, que adentrarse en busca de nuevas tierras. Por otro lado, en las márgenes del Río Santo Domingo ya había un importante número de propiedades privadas que, según parece, se formaron ilegalmente al mismo tiempo que los ejidos. De 1964 a 1975 se fundaron en este lado de la Selva Lacandona por lo menos diez poblados con indígenas provenientes de Los Altos (Paz S. 1989; pp. 72-84) (Acevedo; 1992; pp. 122-123).

Los refugiados guatemaltecos en Las Margaritas.

Pero sucede que, aunado al proceso de colonización que ya ha sido mencionado, irrumpe en el estado de Chiapas en la década de los 80 la población campesina guatemalteca que huía de la guerra. En su país de origen, ancestralmente las condiciones de pobreza y de injusticia eran extremas, muy similares a la situación chiapaneca. Los grandes productores monopolizaban las mejores tierras y los recursos, mientras que la población campesina en su mayoría, sólo tenía una mínima parcela para su sobrevivencia o migraba a las grandes fincas exportadoras. En ese contexto al que se agregan los golpes militares, tiene lugar el surgimiento del movimiento guerrillero desde la década de los 60 y después en los 70 de nuevas organizaciones político-militares. Los gobiernos guatemaltecos responden inicialmente con la represión selectiva y más tarde con el genocidio de poblaciones enteras (Freyemuth; 1993; p. 20-21).

La mayor parte de los campesinos indígenas guatemaltecos que salieron huyendo de la represión y que habían sobrevivido a la intemperie en las montañas, provenían de los departamentos de Huehuetenango, El Quiché, San Marcos, Las Verapaces y Chimaltenango (Aguayo; 1985; p. 120) (Freyemuth; 1993; p. 23). colindantes o cercanos a Chiapas. Estos campesinos se establecieron a lo largo de la frontera, desde Tapachula y Comalapa hasta la Selva Lacandona en los municipios de Las Margaritas y Ocosingo.

En su huida uno de los puntos de entrada a tierras chiapanecas por Las Margaritas, fue el ejido Río Azul, donde se instalaron por muy poco tiempo 2.500 personas. Las incursiones de soldados guatemaltecos a territorio mexicano provocaron que la población que buscaba refugio se adentrara aún más. Así fue como llegaron a pedir asilo en Nuevo Huixtán y Nuevo Matzam, entre otros lugares (Paz; 1989, p. 111). En otros casos los nuevos pobladores se instalaron en terrenos a poca distancia de los ejidos (Freyemuth; 1993; p. 33).

La presencia de los guatemaltecos hizo que la dinámica interna de los ejidos cambiara. Con el paso del tiempo aun cuando compitieron por la tierra, y recursos como el agua y la leña, en realidad desempeñaron un importante papel pues gracias a su trabajo se expandió el área cafetalera ejidal. Esto se logró por los bajos salarios que se les pagaban merced a ser una fuerza de trabajo abundante y cautiva en su calidad de "arrimada" (Acevedo; 1993; p. 163) (Paz; 1989; p. 113).

La región también se transformó. Al lugar fueron llegando además de la iglesia católica a través de la solidaria Diócesis de San Cristóbal, las instituciones oficiales nacionales e internacionales como el IMSS-Coplamar, la SSA a través del Hospital de Comitán, el Instituto Nacional de Nutrición (INNSZ), la Comisión Mexicana de Ayuda

a Refugiados (COMAR) creada expresamente para ello en 1983, y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR). A ellos se agregaron además agencias humanitarias y organizaciones no gubernamentales (Freyemuth, 1993; p. 39), dispuestas a apoyar a los indígenas guatemaltecos en su estatuto de refugiados.

La nueva situación puso al descubierto que en la zona fronteriza existían los indígenas mexicanos también en condiciones de marginalidad desde hacía 20 años (si bien no en condiciones extremas como en el caso de los refugiados); de modo que las instituciones gubernamentales se aprestaron hasta ese momento a brindarles programas de apoyo. La carretera fronteriza que hasta 1983 llegaba de Montebello a Nuevo San Juan Chamula en condiciones lamentables "se volvió un camino de acceso transitable hasta Flor de Café" (Paz; 1989; p. 117). Dicha carretera había comenzado a construirse en la década de los 70 siguiendo en realidad el trazado que habían hecho los colonos en esta parte de la selva. Como ellos dicen: "... no había camino, no había carretera nosotros sufrimos mucho, como fuimos los primeros fundadores de este lugar, abrimos este camino desde aquí hasta Amparo Aguatinta; porque los compañeros que viven aquí en el Pacayal (Nuevo San Juan Chamula) también estaban recién venidos y también no tenían camino, entonces nos pusimos de acuerdo con ellos..." (Acevedo; 1992; p. 138).

Ciertamente la atención internacional estaba enfocada a los acontecimientos en Chiapas y la presencia gubernamental no era gratuita. "La franja fronteriza del sur, hasta entonces desdeñada, pasó a ser foco de atención, área conflictiva, zona de seguridad nacional" (Paz; 1989; p. 115).

La situación anterior a 1994.

El gobierno federal había anunciado en mayo de 1983 el llamado "Plan Chiapas", el cual tenía como finalidad "atender regiones específicas con una visión de largo plazo". Con esto el gobierno mexicano reconocía que en el estado "existen graves contrastes sociales y regionales, tendencias que amenazan con agotar la riqueza ecológica y productiva de la región, así como problemas en la tenencia y uso de la tierra", y de que Chiapas había estado marginado del resto de la federación. Los 83,000 millones anunciados "para elevar aceleradamente el nivel general de vida de la población" expresaban de algún modo la preocupación del gobierno mexicano por los acontecimientos de América Central y la posibilidad de contaminación del "virus revolucionario" (Aguayo; 1985; p. 96). Después de esto el presupuesto para la vigilancia migratoria en la frontera aumentó.

A pesar de todo el mencionado "Plan Chiapas" ejecutado durante el gobierno del Gral. Absalón Castellanos Domínguez, y al cual se destinaron enormes recursos para el desarrollo social de su población, fracasó. Era ingenuo pensar que pudiera remover las bases estructurales de la explotación económica y dominación política. Las tierras y los recursos continuaron en manos de unas pocas familias como latifundios simulados, mientras se recreaba una economía de subsistencia y persistía la dominación caciquil y señorial legitimada culturalmente en el racismo (Piñeyro, JL; 1994; p. 10).

De hecho hasta la década de los 70 se generó, como ya se dijo, una válvula de escape a la presión campesina sobre la tierra por medio de la colonización de los terrenos nacionales de la zona de la selva y fronteriza. Dicha salida sin embargo se

había agotado ya, restringiéndose por lo tanto el margen de acción estatal. "Ahora sólo se presenta como posibilidad la afectación de los grandes latifundios, lo cual es una medida netamente política que implicaría la definición de una nueva correlación de fuerzas en el estado" (Reyes, 1992, p. 127).

Para fines de la década de los 80 había caído el precio internacional del café y otros productos, lo cual afectó sobre todo a los productores ejidales. Aunado a ello instituciones como tiendas CONASUPO se retiraron del campo chiapaneco, e INMECAFE traspasó sus responsabilidades al sector social de la cafecultura. Con estas acciones se dejaba aun más desprotegidas a las comunidades campesinas, las cuales vieron como su nivel de vida se deterioró. Lo anterior no era casual, sino el producto de políticas que habían comenzado desde antes de la década y que tenían como objetivo, en un contexto de globalización, una mayor integración al mercado internacional. Para lograr esto, el Estado mexicano presionado por la necesidad de financiamiento y orientado por el FMI, renunciaba a su papel interventor en la economía, satanizando al paternalismo de las décadas anteriores y llevando a cabo la privatización de empresas públicas. Los costos sociales de la imposición de ese proyecto nacional intentaron ser paliados a través del Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) (Bartra, A; 1990; p. 28 y Robles, R.; Moguel, J; 1990; p. 3).

En la perspectiva de una mayor integración comercial a las economías más poderosas de este continente, es que tiene lugar el Tratado de Libre Comercio para América del Norte que privilegia sobre todo al sector industrial, ocupando la agricultura un papel definitivamente secundario (Carlsen, Laura; 1991) Chiapas es un estado eminentemente agropecuario, subordinado a la federación y a las necesidades del desarrollo capitalista en su conjunto; es también estratégico en la lógica de la globalización, por la riqueza de sus recursos.

Pero los beneficios de la "nueva" política económica no son para todos. Y en Chiapas sólo los agricultores empresariales están en posibilidades de competir, así como los ganaderos con explotaciones intensivas en capital, los cuales son apoyados a nivel estatal y federal.⁹ Los campesinos que producen para el mercado son los inmediatamente afectados, los cuales se vieron presionados a cambiar sus cultivos para servir a la naciente agroindustria. En el polo más extremo están los campesinos de infrasubsistencia, casi siempre indígenas. Estos, relegados a las áreas marginales como en Los Altos y la zona selvática o fronteriza de Las Margaritas, obviamente están fuera de las "políticas de desarrollo". Como muchos otros campesinos están de sobra y ni siquiera tienen la esperanza de su proletarianización, si eso pudiera ser solución a la pobreza. Para ellos sólo queda el PRONASOL (CIACH; 1989; p. 4-6).

⁹ Para fines de la década de los 80, con el gobierno de Patrocinio González Garrido se abren los créditos para cultivos como soya, sorgo, cacahuete y girasol, mientras se desincentiva el cultivo de maíz. Este cambio en el patrón de cultivos está orientado a favorecer la agroindustria y la ganadería intensiva. En esta estrategia económica se apoya a los ganaderos más modernizados de la costa, mientras se golpea aun a nivel político a los ganaderos más atrasados. Estos últimos mantienen una fuerte presencia caciquil, sustentada en la apropiación de grandes extensiones de tierra para una ganadería de corte extensivo, lo que representa un freno para el desarrollo del capital intensivo (CIACH; 1989; p. 4-6).

Las Margaritas, zona de conflicto.

El primero de enero de 1994, recién entrado en vigor el Tratado de Libre Comercio (TLC), irrumpe en la vida nacional un ejército campesino mayoritariamente indígena aparecido en el estado de Chiapas. Su existencia mostrará al mundo la pobreza y marginación en que se debate el otro México, el de los campesinos indígenas. El acontecimiento cuestionará la legitimidad del modelo de desarrollo que ha excluido de sus beneficios a los forjadores de la nación mexicana: los mismos mexicanos indígenas que siempre participaron en las guerras que hicieron la historia del país.

La presencia del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) se ubica inicialmente en la Selva Lacandona de los municipios de Ocosingo y Las Margaritas, así como Altamirano y la zona de Los Altos. Precisamente como se ha planteado antes, en una región receptora de campesinos sin tierra en busca de la esperanza una vida mejor; en una región de las más pobres, semillero de fuerza de trabajo; en una región receptora de las migraciones desde los años 40, en los 60 y al fin en los 80; y otra como Los Altos expulsora de fuerza de trabajo desde el siglo pasado. Sin embargo a pesar de la presencia regional de ese ejército campesino, los efectos que generará su movimiento armado y los alcances de sus demandas, lo colocarán como una fuerza política de magnitud nacional.

A partir de entonces todo cambiará y se polarizará en el contexto de guerra.

LA REGION DE LAS MARGARITAS DESPUES DE 1994.

La parte no visible del levantamiento campesino antes de 1994.

La insurgencia campesina no surgió de la noche a la mañana, sino que tuvo un lento y callado proceso de gestación a lo largo de los años 80. Junto a la formación militar, el trabajo político realizado al interior de las comunidades permitió también la creación de las bases de apoyo, es decir, de un amplio consenso entre la población sin el cual no habría sido posible el levantamiento y la resistencia que vendría después. De alguna manera había una organización geográfica más o menos delimitada que abarcaba las regiones indígenas de La Selva, Los Altos, Norte del estado y Sierra, lo que más adelante sería anunciado como los municipios y zonas rebeldes zapatistas (entrevista con Morquecho, Gaspar; nov 1998).

La lenta gestación de la organización subversiva le restó aceptación a las ya conocidas organizaciones campesinas de la región, las cuales de acuerdo a su propia dinámica no pudieron seguir creciendo. También se generaron conflictos al interior de familias y comunidades, situación que fue más notoria a medida que transcurría el tiempo. En el caso de Las Margaritas se dieron delaciones de campesinos organizados ante la autoridad municipal por parte de otros inconformes pertenecientes a la Unión de Ejidos de La Selva, así como la salida de familias enteras de algunas comunidades hacia la cabecera del municipio porque algo estaba pasando. Según antecedentes, el alcalde de ese momento Romeo Suárez Culebro había recibido varias cartas provenientes de autoridades campesinas, informándole de prácticas de entrenamiento y de cooperaciones forzosas para la compra de armas para un levantamiento en contra del gobierno. La cada vez más constante presencia del Ejército Federal en los caminos a los poblados, algunos interrogatorios a los campesinos y el sobrevuelo de los helicópteros en la selva fueron algunos más de los acontecimientos previos a 1994.

Los primeros días del levantamiento armado de 1994.

La Primera Declaración de La Selva Lacandona, que apareció insólitamente en todas las radios en que pudo ser escuchada la mañana del primero de enero de 1994, era la declaración explícita de guerra del ejército campesino en Chiapas al ejército federal, y por lo tanto al gobierno mexicano, más cercano éste a los intereses de la globalización que a los intereses nacionales. En ella se hacía alusión a la resistencia indígena que ya duraba más de 500 años y ponía de manifiesto la legitimidad de la lucha armada, fundamentada además en el artículo 39 constitucional, el cual concede al pueblo el inalienable derecho de alterar o modificar la forma de su gobierno, puesto que el poder público dimana de aquel y se instituye en su beneficio. Las demandas que aparecían en su plan de lucha: trabajo, tierra, techo, alimentación, salud, educación, iban más allá de simples reivindicaciones cuya satisfacción primaria a nivel regional pudiera acallar al movimiento y al contrario demandas como: independencia, libertad, democracia, justicia y paz, que son de orden más general, planteaban el involucramiento de la Nación entera (Cuadernos agrarios núm. 8-9; 1994; Pp. 190-193).

El enfrentamiento armado entre campesinos y soldados del ejército federal se sucedió en los municipios de Ocosingo, Altamirano, y los alrededores de San Cristóbal

de Las Casas por espacio de 12 días. Mientras tanto cientos de familias campesinas salieron de sus casas y dejaron sus comunidades con lo poco que podían llevar, por miedo a que algo les pudiera ocurrir. Temían a los zapatistas con los que no estaban de acuerdo, pero algunos también desconfiaban de los federales y de las agresiones que pudieran sufrir al ser confundidos con los guerrilleros. Tanto en Las Margaritas como en Comitán se instalaron albergues para la atención de la población desplazada por el conflicto.

El llamado a deponer las armas fue rechazado y el “perdón” que se concedía cuestionado, pues la dirigencia rebelde condicionaba para el inicio del diálogo propuesto por el gobierno, el reconocimiento del EZLN como fuerza beligerante, el cese del fuego, el retiro del ejército de las comunidades rurales y la formación de una instancia confiable de mediación. No obstante, las movilizaciones de la llamada sociedad civil estatal y nacional exigiendo un alto al genocidio en esos primeros días, obligaron al gobierno de Salinas de Gortari a decretar unilateralmente un alto al fuego y una ley de amnistía, cuando ya la ofensiva por vía aérea se iniciaba en la comunidad de Guadalupe Tepeyac del municipio de Las Margaritas, en cuyo camino de acceso y en diferentes tramos habían sido abiertas algunas zanjas y derribado varios troncos.

La entrega del finquero Absalón Castellanos y el primer diálogo entre el EZLN y el Gobierno Federal.

A partir de entonces la tregua dio lugar a los preparativos para el primer diálogo, teniendo como Comisionado para la Paz a Manuel Camacho Solís quien buscaba la presidencia de la República, y como mediador a Don Samuel Ruíz, obispo de San Cristóbal de Las Casas. La agenda propuesta por el EZLN contemplaba demandas de carácter económico, social y político, estas últimas concernientes a la misma vida política nacional la cual no podía ser, sin pasar por los acontecimientos en Chiapas. Dicha situación fue siempre rechazada en diversos grados por el gobierno, el cual siempre trató de limitar el movimiento político-militar campesino a una expresión de carácter meramente regional, circunscrita solo a unos cuantos municipios.

Desde los primeros días de enero, el general Absalón Castellanos Domínguez exgobernador de Chiapas, había sido capturado como prisionero de guerra en el rancho San Joaquín, una de las fincas de su familia en el municipio de Las Margaritas. Después de 45 días y previo al primer diálogo en la Catedral de San Cristóbal, fue entregado por intermedio del Comité Internacional de Cruz Roja precisamente en la comunidad de Guadalupe Tepeyac, cuya población tojolabal habría llegado a ese lugar de la selva desde 1944.

Fue significativo lo que en el acto de entrega tuvo lugar como juicio público al general, el cual procede históricamente de familias poderosas de la región de Las Margaritas y Comitán. Al respecto, el orador enumeró las diversas propiedades de los Castellanos, algunas como las fincas Guayamutzel, San Joaquín y Guadalupe en el municipio de Las Margaritas. Otras como las fincas Belén, El Momón, La Palmira y La Pacaya cercanas a la selva del mismo municipio “con 10,000 hectáreas, a nombre de Absalón, Ernesto, René y Oscar Castellanos” a las cuales se le habría proporcionado luz eléctrica mientras las comunidades campesinas de los alrededores carecían de ella. Según la memoria indígena, Matías Castellanos padre del general, había vendido en

1945 las tierras de riego de San Joaquín, a 60 campesinos del pueblo Nueva Libertad del municipio aludido por 10,000 almudes de maíz pagaderos en diez años a razón de 1000 almudes anuales. Al parecer nunca les extendió recibos y al cumplirse el plazo acordado se habría negado a entregar la propiedad. En 1946 vendió las tierras de El Momón a otro grupo de campesinos a cambio de 10,000 bultos de panca, pagaderos también en diez años. Sin embargo al noveno año según el testimonio, mandó quemar los cañales, trapiches y galeras para no entregar las tierras (Proceso núm. 903; 1994; p. 21).

En el mismo acto es denunciado también ante el Comisionado Gubernamental para la Paz, que la flamante clínica-hospital del IMSS construida con recursos de Solidaridad en la comunidad de Guadalupe Tepeyac e inaugurada en septiembre de 1993, fue entregada incompleta. Sin servicio de agua adecuado para una instalación de esa envergadura, con un quirófano incompleto, equipo y material insuficiente es incapaz de dar una atención de calidad. Su construcción más pareció obedecer a los rumores de una rebelión en la región, de lo cual ya existían noticias, antes que a una verdadera voluntad gubernamental por dar respuesta a los problemas de atención a la salud de la población marginada de la selva.

Demasiado pronto para un diálogo entre dos partes beligerantes, no parecía en ningún momento que fuera a haber algún acuerdo para llegar a la paz entre el EZLN y el gobierno federal. Sin embargo, el diálogo en la Catedral de San Cristóbal hizo accesibles las figuras de los zapatistas para la llamada sociedad civil, abriéndole por lo tanto al ejército campesino un espacio de expresión. Las demandas planteadas iban desde, la exigencia de renuncia del Ejecutivo Federal y la formación de un gobierno de transición que convocara a elecciones verdaderamente democráticas, hasta la construcción de hospitales bien equipados accesibles a la población marginada, y el reconocimiento a los agentes de salud comunitarios; desde la revisión al TLC y reforma del 27 constitucional para beneficio de los campesinos, hasta la educación accesible y gratuita a todos niveles; desde la demanda de autonomía para los pueblos indígenas que ya figuraba entonces, hasta la accesibilidad a ginecólogos experimentados y otras condiciones para mejorar la vida de las mujeres indígenas (CCRI-CG/ 03-1994)

Como era lógico suponer el gobierno federal no aceptó discutir y menos negociar las demandas de carácter nacional, como la demanda de democracia ni la de reforma al artículo 27 constitucional acerca de la tenencia de la tierra. Si bien explícitamente no le reconoció beligerancia al ejército campesino, en los hechos sí lo asumió al convertirlo en interlocutor de un diálogo "para la paz" entre dos partes.

Los aliados y los enemigos.

Mientras tanto las diferentes organizaciones campesinas del estado se habían conjuntado dando lugar al Consejo Estatal de Organizaciones Indígenas y Campesinas (CEOIC), el cual se formó al inicio del conflicto armado manifestándose en apoyo a las demandas zapatistas y por el reconocimiento a la beligerancia del EZLN.

Sus acciones consideraban básicamente la toma de tierras fuera de la zona de conflicto, alcaldías y edificios públicos, así como la realización de marchas y mítines. De 45 pasaron a ser hasta 280 organizaciones que teniendo diferentes demandas y

siendo de diferente trayectoria, signo político e ideológico, era lógico deducir que surgieran contradicciones entre ellas. La principal diferencia se refería al apoyo dado al EZLN y por lo tanto la oposición a ello por parte de la Asociación Rural de Interés Colectivo — Unión de Uniones (ARIC-UU), así como por parte de Solidaridad Campesina Magisterial (SOCAMA), ambas cercanas en su estrategia política y económica a los recursos y relaciones gubernamentales (El Cotidiano núm. 61; 1994; p 21-25)

Previamente en un desplegado dado a conocer desde el 2 de enero, la Unión Pajal Yakaltic y la ARIC-UU, con la Unión de Ejidos de La Selva de Las Margaritas, coincidieron en su rechazo a la vía de las armas como recurso para resolver los problemas, y reiteraron su compromiso “con una estrategia de diálogo y concertación para lograr el cambio social”. Todas ellas tenían trabajo organizativo de años en la llamada zona de conflicto, y estaban implicadas históricamente en un mismo proyecto político. Posteriormente algunos de sus dirigentes habrían de delatar a comunidades de filiación zapatista y declararse a favor de la permanencia del ejército federal (Ibidem).

Los cafecultores, ganaderos y pequeños propietarios afectados por las tomas de tierras, tanto dentro como fuera de la zona de conflicto, se habían a su vez manifestado exigiendo al gobierno estatal como federal el desalojo de los predios invadidos. El gobernador de Chiapas en ese momento, Javier López Moreno, se había visto comprometido con las organizaciones del CEOIC a no desalojar hasta una fecha prevista, fuera de lo cual se procedería a ello. Dicho compromiso originó duras críticas por parte de los propietarios que clamaban por el restablecimiento del “Estado de Derecho”. El desalojo sin embargo fue llevado a cabo bajo el acuerdo que se firmara posteriormente con aquellos.

La Segunda Declaración de la Selva Lacandona y la resistencia civil.

A los 32 compromisos gubernamentales para la paz, el EZLN después de consultarlos con sus comunidades de apoyo respondió negativamente, pues las demandas planteadas de orden nacional o estatal, sólo habían obtenido respuestas parciales de solución que se restringían a la “zona de conflicto”, cuando no quedaban en promesas vagas. Es significativo cuando el EZLN dice que la demanda de autonomía de las comunidades indígenas deja intacto el esquema centralista de poder; o que la demanda del fin al hambre y desnutrición pretende ser limitada con programas de nutrición a algunas regiones de Chiapas, “como si dichos problemas sólo fueran patrimonio de Los Altos y la Selva” (Los hombres sin rostro, 1994; Pp.78-82). A pesar de todo, la posibilidad del cese de las hostilidades armadas por las dos partes beligerantes en el conflicto, fue en cierto modo un producto del diálogo de la Catedral de San Cristóbal

Este hecho, no hay que olvidarlo, nunca invalidó la posibilidad de continuar la guerra por diferentes medios como así ha sucedido.

En junio de 1994 el EZLN da a conocer la Segunda Declaración de la Selva Lacandona. En ella hace explícito su rechazo a deponer las armas mientras las demandas de democracia y justicia no sean resueltas para todos. Reitera su voluntad unilateral de alto al fuego, con el fin de permitir que los civiles se organicen como

mejor convenga para “lograr el tránsito a la democracia”, y condena la militarización en todo el país en vísperas de las elecciones federales de agosto. A partir del reconocimiento de que la pobreza mexicana no es solo la falta de recursos, sino que concierne a la esfera del poder y por lo tanto a la capacidad de decidir, es que apunta en el sentido de que se requiere un nuevo marco de relaciones políticas nacionales, regionales y locales donde el poder sea ejercido por la mayoría. Señala que la actual legislación es demasiado estrecha para esas nuevas relaciones políticas por lo que se requiere una Convención Nacional Democrática. De ella debería salir un gobierno provisional que convocara a elecciones limpias para desembocar en una Nueva Constitución. En la misma declaración el EZLN hace explícita su negativa a recibir nada que venga del gobierno “ni un medicamento, ni una piedra, ...” y llama a la sociedad civil a resistir en los mismos términos (Cuadernos agrarios núm. 10; 1994, Pp.181-186).

El llamado a celebrar una Convención Nacional Democrática es atendida, y ésta se lleva a cabo en las tierras ejidales de la comunidad Guadalupe Tepeyac en el municipio de Las Margaritas. En realidad se trataba de crear un espacio de encuentro y articulación de diversas organizaciones civiles, coyunturalmente para participar en las elecciones y consensar a un candidato de la sociedad civil bajo el programa de un “gobierno de transición, nuevo constituyente y nueva constitución”, a más largo plazo la pretensión era levantar un frente revolucionario (entrevista con Gaspar Morquecho). Los resolutive de la convención consideraban por lo tanto la necesaria transformación del sistema político mexicano a través de la eliminación del PRI como partido de estado; la defensa de la voluntad popular que se expresaría en las elecciones; el impulso de un sistema social que debería reconocer la pluralidad de culturas, y la necesaria participación igualitaria de los pueblos indígenas en la vida política del país con el fortalecimiento a sus autonomías regionales; así como el impulso a un gobierno de transición y a un Congreso Constituyente para una nueva Constitución Política (Los hombres sin rostro; 1994; Pp. 20-21).

Durante las elecciones del 21 de agosto en los municipios de Ocosingo, Altamirano y Las Margaritas se incrementó la presencia del ejército federal, el cual había llegado a la región desde el inicio del conflicto para quedarse y cercar militarmente al EZLN. Como suele suceder, más aún en comunidades campesinas de un estado eminentemente rural, el fraude electoral se consumó en favor de Robledo Rincón, el candidato del PRI a la gubernatura de Chiapas. Esta situación prevista dio lugar a acciones de resistencia civil impugnando las elecciones que no le dieran el triunfo a Amado Avendaño, candidato de la llamada sociedad civil bajo la figura legal del PRD, el cual no tuvo un amplio margen de ventaja sobre su opositor, lo cual era necesario para ejercer una presión amplia.

Junto con la toma de instalaciones de gobierno, el bloqueo de carreteras, y la negativa a pagar impuestos, adquirió nuevo impulso la toma de tierras en fincas productoras de ganado, plátano y café por parte de las organizaciones campesinas. Los presidentes de las 32 federaciones y las 13 uniones de producción de la Confederación Nacional de Productores Rurales (CNPR) por su parte, se pronunciaron porque Robledo Rincón asumiera el mando en el estado con el fin de restablecer el orden jurídico, frenar de inmediato las invasiones de tierra, las agresiones y secuestros. A su vez en un foro de productores realizado en Tuxtla Gutiérrez, los ganaderos demandaron la liquidación de 472 millones 250 mil nuevos pesos como compensación por las tierras invadidas en la

zona de conflicto así como por la pérdida de cosechas, ganado e infraestructura. Se pronunciaron también por el desalojo de campesinos de todos los predios invadidos fuera de la zona de conflicto. Su exigencia según expresaron, no era negociable ya que a su juicio implicaba negociar "la legalidad", sin embargo para el gobierno del estado la suma, muy onerosa, equivalía al 50% de su presupuesto anual (Los hombres sin rostro; 1994; p. 29, 39)¹

Puesto que la burguesía agropecuaria chiapaneca y específicamente los ganaderos, han basado sus ganancias en la propiedad de grandes extensiones de tierra frente a un campesinado que la necesita para sobrevivir, los conflictos agrarios han ocupado siempre un lugar predominante en el estado. En el panorama posterior a 1994 no es posible ignorar estas contradicciones, que hacen aparecer, sobre todo a los ganaderos como la tercera fuerza beligerante en el conflicto armado, como así lo ha reconocido el EZLN. El conflicto poselectoral por lo tanto agudizó los problemas agrarios, de modo que a las ocupaciones de tierra por organizaciones campesinas, siguió el desalojo violento por parte de los ganaderos y sus guardias blancas, auxiliados por la policía de seguridad pública. Por su parte, el gobierno estatal había tenido un escaso margen de maniobra, puesto que no podía ignorar la presión campesina y tratar de satisfacer su demanda por la tierra, sin afectar los intereses de la burguesía agropecuaria.

La imposición transitoria de Robledo Rincón, el 8 de diciembre de 1994, significó la ausencia de voluntad para dar una salida política al conflicto con el EZLN, el cual consideró, con este hecho, rota la tregua vigente desde el 12 de enero.

En los días posteriores el EZLN anunció que tropas zapatistas, en una nueva ofensiva, habían sorteado las líneas del ejército federal y roto el cerco militar que ya duraba 11 meses, y habrían ocupado por breve tiempo 38 municipios. Sin embargo la presencia zapatista desde antes de la acción anunciada, se extendía más allá de la zona bajo "control" del ejército federal, lo que en realidad indicaba su amplio apoyo en los pueblos. Así el 19 de diciembre el EZLN declara la existencia de municipios y territorios rebeldes controlados políticamente por bases de apoyo y simpatizantes zapatistas. El Ejecutivo Federal declaró públicamente que se mantendría unilateralmente el alto al fuego, lo que desmentiría con los hechos que luego siguieron.

La traición de febrero y la guerra de exterminio.

En enero de 1995 se da una entrevista entre la comandancia zapatista y el entonces Secretario de Gobernación en la que se pretendía establecer mecanismos de diálogo entre ambas partes, menos de un mes después, el 9 de febrero de 1995 el

¹ Como se sabe en el estado de Chiapas conviven un sector agroexportador y otro de autoconsumo. Esta economía se ha ido desarrollando durante mucho tiempo sin sufrir transformaciones estructurales. hasta que la explotación petrolera y el aprovechamiento de los importantes recursos hidráulicos, originaron cambios en la composición del Producto Interno Bruto. El sector agropecuario continúa teniendo una gran importancia económica y sociopolítica cuya base de sustentación es la posesión de la tierra. Esta es el recurso básico y también el recurso crítico, en torno a la cual se van gestando o modificando los procesos económicos y la estructura de poder. Mención especial merece la ganadería extensiva que ha concentrado la tierra y la riqueza, ha deforestado amplias extensiones de selva limitando la producción de granos básicos, y ha dificultado la dotación campesina sin proporcionar empleos. (Fernández y Tarrío: 1883: Pp. 13,20,21).

gobierno, en boca del Ejecutivo Federal, dio a conocer sorpresivamente, que había órdenes de aprehensión en contra de varios presuntos dirigentes del EZLN. Un día después, las tropas del ejército federal se posesionaron de diversos puntos dentro de la zona hasta ese momento bajo control zapatista, lo que ocasionó la salida apresurada de la población civil base de apoyo hacia las montañas, donde vivieron a la intemperie con hambre y enfermedad durante algunos meses.

Durante la inesperada incursión militar, los soldados federales destruyeron las exiguas pertenencias de los campesinos de filiación zapatista: casas con paredes destrozadas, mesas y sillas rotas, ropa quemada, enseres valiosos para las mujeres como las ollas y comales de barro rotos, el maíz almacenado ahora tirado en el suelo y comido por algún puerco que no fue robado, la documentación personal y comunitaria robada o destruida. Ni las casas de salud se salvaron. Los poblados lucían solitarios y solo los perros famélicos "protegían" con sus ladridos temerosos las viviendas silenciosas. Como se sabe la población campesina de la comunidad Guadalupe Tepeyac, se fue para no regresar, puesto que en el lugar del destruido "Aguascalientes", a un lado de la comunidad, se instaló desde entonces uno de los campamentos militares más grandes.

Esta incursión militar trajo además como consecuencia la desaparición de las zonas francas bajo cuidado del Comité Internacional de Cruz Roja. Después de lo acontecido la región se militarizó aún más, puesto que tan solo en el municipio de Las Margaritas ya había después de esa fecha y hasta junio del mismo año, 7 campamentos militares principalmente en la zona de la selva. La zona fronteriza del municipio aunque también estaba militarizada tenía una calma relativa (CONPAZ; 1996; mapa).

La presencia militar sería fundamental para la continuidad del proyecto neoliberal, cuyo principal objetivo sería destruir las bases de un contrapoder que pone en tela de juicio el orden vigente y que dismantela el poder político dominante.

La salvaguarda de los pozos petroleros, de las estaciones hidroeléctricas, de los recursos maderables e hidrológicos y de otros considerados potencialmente estratégicos² estaría entre sus objetivos, creando con ello condiciones favorables para las inversiones en el estado, en aras del "desarrollo" de Chiapas y del desarrollo capitalista en su conjunto.

En la guerra de exterminio se trataría por lo tanto de aniquilar al ejército campesino por todos los medios. Uno de ellos sería justamente destruir la base productiva de las comunidades identificadas como zapatistas, al mismo tiempo que se

² Además del petróleo, la hidroelectricidad, los recursos maderables y la riqueza de las tierras chiapanecas para la producción agropecuaria, se perfilan otros recursos insuficientemente considerados o poco previstos. Es el caso del territorio cuya ubicación geográfica se incluye dentro del área centroamericana, pues próximo a E. U., el Caribe y la cuenca del Pacífico, dicho territorio "constituye una verdadera riqueza estratégica, usada y dominada por el capital nacional e internacional como fuerza económica, política y militar", y en cuanto tal considerado en el TLC (Cecilia, A. Barrota, A. 1995: p. 59). Así mismo la riqueza de la diversidad biológica de bosques y selvas insuficientemente explorada, involucra a futuro la necesidad de nuevas materias primas y procesos de trabajo en el área de la biotecnología. Es en este sentido que los recursos biológicos adquieren una importancia estratégica para el capital. Otro bien cuya gradual escasez lo convierte en un recurso estratégico es el agua, la cual aún es relativamente abundante en el estado (Op cit., p. 53-99).

buscaria la colaboración de aquellas que no se identifican como tales con el fin de usarlas para confrontar a las primeras.

Con esa lógica la incursión del 9 de febrero tuvo consecuencias ya que del cerco se pasó a la ocupación y penetración militar del territorio zapatista lo que facilitaría posteriormente ofensivas de diverso carácter. Como fue documentado por diversos observadores, la acción también tuvo como objetivo vulnerar a la población civil impidiendo su reproducción futura, pues los soldados destruyeron el maíz almacenado para el abasto familiar durante una parte del año y robaron animales domésticos indispensables para la economía familiar, además de que el tiempo que los campesinos permanecieron en la montaña de febrero a mayo, no pudieron preparar la tierra para sembrar. Al romper las ollas y comales de las mujeres, imposibilitaron hasta la reproducción cotidiana. En adelante la presencia permanente de los campamentos del ejército federal muy cercanos a las comunidades, significaría para sus pobladores, fueran estos hombres o mujeres, la imposibilidad de salir a trabajar libremente a su parcela o cafetal, lo que daría como resultado el desabasto familiar y de la comunidad. Ya ninguno podría salir a "ganar" fuera de sus comunidades para asegurar la sobrevivencia familiar. Aún la tarea doméstica de lavar la ropa en el río o cargar agua para el hogar por parte de las mujeres, se convertiría en un problema por el hostigamiento de los soldados hacia ellas.

El Diálogo de San Andrés o la continuación de la guerra por otros medios.

Dada la situación de tensión creciente, la Ley para el Diálogo, la Conciliación y la Paz Digna en Chiapas decretada en el Congreso de la Unión en marzo de 1995, tuvo por objeto establecer las bases jurídicas que propiciaran el diálogo con el EZLN, para poder llegar a un "acuerdo de concordia y pacificación". Con el fin de hacerlo posible deberían crearse por lo tanto las condiciones para un acercamiento, lo que implicaba la suspensión de las ordenes de aprehensión en contra de los dirigentes zapatistas por un tiempo determinado. La PGR debería mantener suspendidas las investigaciones, mientras la citada ley estuviera vigente por el tiempo que durara el diálogo entre el gobierno y el EZLN (Movimiento Ciudadano por la Democracia; 1998; Pp. 3-4).

Acogidos entonces a la Ley para el Diálogo, la Conciliación y la Paz Digna en Chiapas los delegados zapatistas iniciaron en el mes de mayo las pláticas con la representación gubernamental en la cabecera municipal de San Andrés Sakamchem de Los Pobres (San Andrés Larráinzar). Contarían con la mediación de Don Samuel Ruiz, obispo de San Cristóbal de las Casas, como presidente de la Comisión Nacional de Intermediación (CONAI), organismo amplio creado para el efecto, así como con la Comisión de Concordia y Pacificación (COCOPA) formada por legisladores de todos los partidos, y creada expresamente para facilitar el proceso en coordinación con la mediación (Ibidem).

El diálogo en San Andrés en realidad fue un rico proceso de discusión entre una organización político-militar y diferentes actores de la sociedad civil, para encontrar propuestas creativas de un nuevo desarrollo incluyente y un nuevo proyecto de nación. No se trató de un diálogo entre el ejército campesino y el gobierno federal para llegar a una paz justa, puesto que éste último en realidad nunca tuvo la voluntad política de cumplir lo que se acordara. Antes bien en la perspectiva de la guerra cada una de las

partes siempre buscó demostrar su fuerza de diferente manera. El EZLN sobre todo ganándose el reconocimiento a nivel nacional e internacional basado en su fuerza moral, el gobierno por su lado apoyándose en el poder de su fuerza militar y amparado en su pretendida legalidad

A pesar de los acontecimientos violentos a manos de policías judiciales, de seguridad pública y paramilitares que dejaron civiles muertos como demostración de fuerza y medida de presión previos a cada fase del diálogo, los Acuerdos sobre Derechos y Cultura Indígena fueron firmados el 16 de febrero de 1996 por el EZLN y el Gobierno Federal. En dichos acuerdos se reconoce que los pueblos indígenas son los descendientes de los pueblos originarios al iniciarse la colonización, y que su situación estructural ha sido desde entonces de pobreza, explotación y exclusión política como habitantes de la Nación Mexicana. Es en ese entendido que tales acuerdos son un punto de partida para una nueva forma de relación entre el Estado, los pueblos indígenas y la sociedad nacional. Contienen en consecuencia propuestas y compromisos del Gobierno Federal y del EZLN para la vida nacional y la del estado de Chiapas.

Tales compromisos y propuestas hacen explícito el reconocimiento del derecho a la libre determinación de los pueblos indígenas, el cual según dice el texto, se ejercerá en un marco constitucional de autonomía que asegure la unidad nacional. Este marco constitucional les permitiría alcanzar la efectividad de sus derechos sociales, económicos, culturales y políticos con respeto a su identidad. Los acuerdos también hacen explícita la necesidad de fortalecer la participación indígena en el gobierno, en la gestión y administración de recursos en sus diferentes ámbitos y niveles. Reconocen el derecho de las comunidades indígenas a formar municipios, o el derecho de varios municipios a asociarse para ejercer su autonomía, respetando con ello su capacidad para determinar su propio desarrollo, siempre y cuando se respete el interés nacional y público. La nueva relación propuesta como puede deducirse, implica el impulso a una profunda transformación del Estado mexicano (Acuerdos de San Andrés, 1996; Pp.3-38).

Lo anterior toca por supuesto al estado de Chiapas, el cual debería reconocer su composición pluricultural y hacerlo explícito en toda su legislación. El derecho de las comunidades indígenas a formar municipios para ejercer su autonomía, requeriría por lo tanto la adecuación de la división municipal en el estado, y con ese fin el compromiso expreso de formar una comisión para la reforma municipal. Si bien en los Acuerdos de San Andrés no se llegó a aceptar reformas al art. 27, es importante mencionar que en la propuesta de reformas constitucionales para Chiapas, se expresa la posibilidad de promover una Ley de Justicia y Desarrollo Agrario, conducente al fraccionamiento y sanción de los latifundios (Ibidem).

A partir de la firma de los acuerdos en materia de Derechos y Cultura Indígena, las afirmaciones del gobierno apuntaron en el sentido de que dichos acuerdos se estarían cumpliendo. Tal afirmación difundida ampliamente, buscaba dar la apariencia de voluntad política y de avance en la resolución de los problemas "que originaron el conflicto". En los hechos sin embargo y precisamente porque se trata de la guerra en el terreno político, el gobierno llevó a cabo una serie de iniciativas unilaterales que estarían contradiciendo lo afirmado en San Andrés. Tal es el caso de la formación de dos comisiones para la remunicipalización propuestas por el Congreso Local, además de

otras, sin que existan los mecanismos para incorporar al EZLN como estaba convenido originalmente.

Según los acuerdos firmados, uno de los puntos dice que los grupos indígenas deberían controlar todo lo concerniente a sus propios medios de comunicación. Bajo ese supuesto las 17 radiodifusoras del Instituto Nacional Indigenista (INI) deberían ser entregadas, "cuando exista la solicitud expresa de las comunidades en este sentido". En ese marco aludido sucedió que un grupo de tojolabales del Frente Zapatista de Liberación Nacional (FZLN), tomó la iniciativa de posesionarse de las instalaciones de La Voz de la Frontera Sur, radiodifusora perteneciente al INI y ubicada en la cabecera municipal de Las Margaritas. Los indígenas tojolabales provenían de 8 municipios de los 46 que abarcan las emisiones de aquella, y demandaban la transferencia de permisos, infraestructura y recursos de la citada radiodifusora. Previamente habían sido recibidos por un funcionario del INI con quien habrían negociado, para posteriormente ser desalojados en la noche por elementos de seguridad pública. Al parecer, las autoridades del INI habían planeado formar un Consejo Consultivo Plural para el traspaso de los medios de comunicación, donde "los leales al gobierno" de los fondos regionales de Solidaridad resultaran favorecidos (La Jornada; 2 de mayo 1996).

El avance de la guerra de exterminio.

Pero mientras el gobierno negociaba en San Andrés y ganaba tiempo, los efectivos del ejército federal habían ido en aumento y tomado posiciones con la finalidad de cerrar el cerco sobre los zapatistas, observación en la que diversos analistas han coincidido además del propio EZLN. Al mismo tiempo que crecía la militarización, se llevaban a cabo acciones contrainsurgentes: por un lado la compra e importación masiva de armamento en Europa y E. U., por el otro el entrenamiento de "patrullas civiles" a la manera de Guatemala y Perú, según los programas continentales de guerra de baja intensidad del Alto Mando Estratégico de E.U. El entrenamiento tendría lugar probablemente en las guarniciones de Rancho Nuevo en San Cristóbal de las Casas, en Guadalupe Tepeyac en Las Margaritas y aún en Palenque, cuya materia prima serían las guardias blancas de los finqueros, grupos armados prolijados por varias facciones del PRI, y aún civiles de organizaciones sociales cercanas a éste y por lo tanto opuestas al EZLN (García de León; 22 de mayo 1996).

El cerco tendido por el ejército federal que abarcaría la mitad del estado de Chiapas limitrofe con la frontera de Guatemala, tendría a su vez en su interior, cercos tácticos que estarían avanzando progresivamente en una operación de "lazo corredizo". Desde el occidente de Tabasco atravesando el estado por Tuxtla Gutiérrez hasta Tapachula, para continuar a lo largo de toda la frontera con Guatemala por la zona de Marqués de Comillas y Tenosique, hasta desembocar de nuevo en el golfo a la altura de Campeche. Justamente se trataría de la región de la selva y sierra donde se asientan la mayor parte de grupos indígenas de Chiapas. Uno de esos cercos tácticos sería el de Las Margaritas, que conecta el campamento de Guadalupe Tepeyac con la guarnición de Comitán (Ibidem).

Muestra del hostigamiento militar es una de varias noticias que al respecto aparece publicada en mayo de 1996. Según ésta, una patrulla que "cubre el recorrido Guadalupe Tepeyac — Nueva Providencia — La Realidad, dejó un camión en el río

Euseba del cual bajaron decenas de soldados para "peinar" las milpas aledañas al nuevo Aguascalientes". El día 24 del mismo mes "soldados transportados en cinco camiones de tropa llegaron a Carrillo Puerto, cerca de La Conquista preguntando por armas, radios y zapatistas"; y el día 26 "tres camiones de tropa llegaron a Santo Tomás para las mismas averiguaciones" (Bellinghausen, II; 28 de mayo 1996). Mientras esto ha sucedido, el Gral. Mario Renán Castillo, jefe de la Séptima Región Militar en ese momento, había reiterado que no se preparaba ninguna ofensiva contra el EZLN y a su vez el gobierno federal refrendaba su voluntad de dialogar para lograr la paz.

Pero el cerco militar no ha sido la única manera de hacer la guerra, la otra son los recursos gubernamentales seleccionados para ciertas regiones. Carlos Rojas secretario de SEDESOL acompañado por el gobernador de ese momento Ruíz Ferro, había entrado también en el mes de mayo, a la zona de Las Margaritas para ofrecer los recursos citados. En visita a la comunidad El Edén a 16 kilómetros de Nuevo Momón, dentro de la militarizada zona de conflicto, necesitó el traslado de 16 camiones con campesinos desde la cabecera municipal, con los que llegaron además militares vestidos de civil para infiltrar. Según la noticia, se entregaron 3 millones de pesos en cuatro municipios, mientras hubo pueblos donde los recursos no llegaron (Ibidem).

La suspensión del diálogo.

A la primera etapa de la siguiente mesa de diálogo sobre Democracia y Justicia, la representación gubernamental no hizo aportes sustantivos, mientras que la siguiente a realizarse del 28 de mayo al 4 de junio en San Cristóbal de Las Casas, se suspendió por parte del EZLN. Ello tenía como causa el hecho de que los primeros compromisos firmados sobre Derechos y Cultura Indígena para llevarse a efecto en Chiapas, no estaban siendo cumplidos según el espíritu del Diálogo en San Andrés y la instalación de la Comisión de Seguimiento y Verificación (COSEVER) surgida de la ley del 11 de marzo de 1995 para vigilar el cumplimiento de los acuerdos, había sido paralizada por el mismo gobierno (EZLN; 24 de noviembre 1997; pp 1-6).

Por su parte la violencia cotidiana en la zona norte a manos del grupo paramilitar "Paz y Justicia", situación sobre la que el EZLN no había dicho todavía nada, se había ya extendido a Chenalhó en Los Altos y seguía creciendo, aunada a la misma militarización. La condena a Elorriaga y Entzín, presuntos zapatistas presos en el penal de Cerro Hueco (luego liberados), había llevado a la dirigencia zapatista a advertir que no continuarían en la mesa del diálogo mientras existiera la condena a aquellos por terrorismo, estando vigente una ley que prohibía su persecución. Bajo la premisa de que no se puede estar dialogando por la paz en un lado mientras se sufre la guerra en el otro, es que el EZLN decidió no continuar el diálogo con el gobierno federal, mientras éste no cumpliera con los acuerdos firmados en San Andrés y se instalara la COSEVER. El ejército campesino exigía además como condiciones, una propuesta seria de acuerdos por parte del gobierno para la mesa II sobre Democracia y Justicia, la distensión militar en Chiapas que debería incluir a los mismos grupos paramilitares, la liberación de todos los presos zapatistas, así como la presencia en el diálogo de un comisionado gubernamental respetuoso y con capacidad de decisión (Ibidem).

Suspendido va el proceso de diálogo, la COCOPA había presentado al Ejército Zapatista y al gobierno, en noviembre de 1996, una propuesta de reformas

constitucionales acerca de los acuerdos firmados por ambas partes. Inicialmente aceptada, la propuesta de la coadyuvancia fue después rechazada por el gobierno federal, con el argumento de que en realidad llevaba a la "destrucción de la Nación Mexicana", y a la formación de varios estados nacionales al interior, por lo cual aquel formuló una contrapropuesta que no fue aceptada por el EZLN, puesto que no había sido lo acordado originalmente. La pregunta de entonces es válida aún hoy ¿Si los Acuerdos de San Andrés atentan contra la Nación, por qué los firmó el gobierno?

Al parecer la respuesta estaría en el hecho de que la estructura de poder a nivel nacional no es un ente monolítico, cómo quedó demostrado con el asesinato de Luis Donaldo Colosio, el candidato del PRI a la presidencia en marzo de 1994. En su interior existirían contradicciones que a grandes rasgos llevarían a uno u otro grupo a confrontarse, y por lo tanto según sus intereses a inclinarse y empujar a favor de una salida política al conflicto en Chiapas, o a apoyar una vía militar. Esta misma situación estaría presente en la estructura de poder a nivel estatal, puesto que ciertos grupos como los ganaderos de la selva, madereros, comerciantes, grandes cafecultores apoyarían una salida armada. Aquellos ganaderos con explotaciones intensivas en capital y ciertos inversionistas, si bien no rechazarían la presencia militar optarían más por una salida política (CONPAZ: 14 de diciembre 1995).

Mientras tanto la COCOPA heterogénea en su interior y sometida a diferentes presiones, no tuvo la fuerza ni la voluntad política para asumir su papel como representante del Congreso de la Unión y revertir por lo consiguiente la contrapropuesta gubernamental. Desde entonces dicho organismo perdió credibilidad al tiempo que los llamados del gobierno federal al EZLN para sentarse a dialogar no han cesado. Sin embargo ¿puede culparse al Ejército Zapatista de intransigencia frente al contexto de militarización creciente?

Por su parte "cumpliendo" con lo acordado en la mesa de San Andrés, "el Congreso del Estado a través de la Comisión de Remunicipalización, Redistribución y Reforma Municipal realizó en Las Margaritas una primera reunión de información y consulta, para la posible creación de nuevos municipios" (La Palabra; 1a. quincena. marzo 1997; p. 6). Según esto la comisión citada y el presidente municipal de Las Margaritas en ese momento, Armando Levi, habrían acordado invitar en el mes de marzo de 1997 a las 480 comunidades que integran el municipio, con el fin de conocer su opinión al respecto. Sin embargo más adelante los regidores plurinominales del PRD, dieron a conocer que acordaron junto con el comité municipal y sus bases, no participar en las reuniones microrregionales puesto que la propuesta de remunicipalización hecha por el mismo EZLN, no lo incluía (Ibidem).

En el contexto de la suspensión del diálogo, la Comisión de Remunicipalización, Redistribución y Reforma Municipal del Congreso del Estado, hizo un "nuevo llamado" al EZLN para que se incorporara a los trabajos de consulta respecto a la posible creación de un nuevo municipio en Ocosingo y Las Margaritas (Ibidem). No obstante, el ejercicio de construir los nuevos municipios y hacer real la autonomía por parte de los mismos campesinos, ya tenía rato caminando, incluso desde antes que se dieran a conocer los municipios rebeldes. El EZLN ya había anunciado desde el 13 de diciembre de 1994 la creación del municipio de San Pedro Michoacán, en la conocida zona de acceso a Guadalupe Tepeyac y a La Realidad Trinidad, apareciendo posteriormente a su

vez otros municipios rebeldes como el de 17 de Noviembre en Altamirano, Francisco Gómez y Che Guevara en el extenso Ocosingo, por citar algunos.

Los municipios rebeldes en Las Margaritas

El 5 de marzo de 1997 el Ejército Zapatista dio a conocer en una carta dirigida a CONAI, COCOPA y al pueblo en general, la existencia del municipio "Tierra y Libertad", el cual fue declarado el 11 de diciembre de 1994. Dicho municipio abarcaría la zona Selva-Fronteriza de Las Margaritas y se extendería a lo largo de la misma franja fronteriza sobre La Independencia, La Trinitaria, Frontera Comalapa, Motozintla y Bella Vista hacia el sur, por toda la sierra hasta llegar casi a Tapachula. Región que ha sido siempre lugar de encuentro comercial, y asiento de refugiados guatemaltecos que huyeron de la represión en su país a principios de la década de los 80.

Continuando con la remunicipalización, la comisión respectiva nombrada por el Congreso del Estado, se presentó en el ejido Maravilla Tenejapa en la frontera de Las Margaritas, para realizar la consulta sobre la creación de un nuevo municipio. A la reunión se presentaron 800 campesinos del PRI, que se sorprendieron ante la irrupción de 3 mil zapatistas cuyo orador en un comunicado expresaba, el rechazo por parte del EZLN a los trabajos de dicha comisión. Según él la población ya había manifestado su decisión sobre la creación del municipio "Tierra y Libertad", cuya cabecera se había decidido fuera el ejido Amparo Agua Tinta (La Palabra; 2a. Quincena; marzo 1997; p. 11). Por otro lado en la comunidad El Edén, también en Las Margaritas, simpatizantes zapatistas y del PRI se habrían enfrentado a golpes, con saldo de varios heridos, cuando la citada comisión realizaba una reunión. El presidente del Congreso Local afirmó sin embargo, que las consultas sobre remunicipalización continuarían a pesar del rechazo del EZLN; por su parte el sacerdote Gonzalo Ituarte de la CONAI expresó, que los hechos de violencia sucedían porque se hacían las consultas en comunidades de filiación priísta, lo cual era una provocación. La CONAI ya había advertido con anterioridad de los riesgos que el procedimiento seguido implicaba, de modo que solicitó al Congreso que se detuvieran las consultas; a su vez el mismo EZLN, la ARIC-Independiente y la Coordinadora Nacional de Pueblos Indios (CNPI) expresaron que primero deberían cumplirse los Acuerdos de San Andrés (La Palabra; 2a. Quincena; abril 1997; p. 6-7)

En el mes de mayo del 97 tomó posesión el nuevo Consejo Municipal de San Pedro Michoacán, mientras que en el mismo mes durante la toma de protesta de su homólogo en el ejido Amparo Agua Tinta, cabecera del municipio rebelde de Tierra y Libertad, un comandante del EZLN declaró que no se permitiría nada que no fuera la decisión de los pueblos. Dicho documento habría sido firmado por cien comunidades pertenecientes a los municipios oficiales de Las Margaritas, Ocosingo, La Trinitaria y La Independencia. Ante esa situación la Comisión de Remunicipalización del Congreso del Estado, señaló que las iniciativas de los pueblos indígenas por la creación de regiones y municipios autónomos, eran una postura unilateral del EZLN, de sus seguidores y de los integrantes de la CONAI. El PRD y el PT sin embargo se manifestaron a favor de que fueran reconocidas las iniciativas de los propios pueblos indígenas (La Palabra; 2a. Quincena; mayo 1997; p. 8).

En todo el tiempo transcurrido desde la suspensión del diálogo como puede deducirse, la militarización continuó creciendo en la llamada zona de conflicto. Nuevos

campamentos militares se habían asentado en El Edén y en Flor del Río del municipio rebelde de San Pedro Michoacán (La palabra; 1a. Quincena; junio 97; p. 7); mientras que en la zona fronteriza de Las Margaritas, solo aparentemente tranquila, ya había dos campamentos militares, además de la probable existencia desde hace tiempo, de fuerzas paramilitares en la comunidad de Maravilla Tenejapa.

Por su parte, la marcha zapatista de los 1,111 delegados de los pueblos en resistencia a la capital del país en septiembre de 1997, había sido un nuevo esfuerzo del EZLN para exigir al gobierno federal la desmilitarización, y el cumplimiento de los Acuerdos de San Andrés. Acompañado en todo su recorrido por integrantes del Congreso Nacional Indígena (CNI), y por variadas organizaciones independientes, su llegada a la Cd. de México significó su salida del ámbito regional hacia el espacio nacional, para buscar la solidaridad de la amorfa sociedad civil además de su intención de estar presente en la constitución del Frente Zapatista de Liberación Nacional (FZLN) como un espacio más de lucha. Lejos de ser un movimiento circunscrito a unos cuantos municipios chiapanecos, como siempre lo manejaron los representantes gubernamentales en su plan de achicamiento, su reivindicación de los derechos indígenas puso en el centro del debate nacional justamente la falta de reconocimiento de los derechos específicos de las 53 etnias pertenecientes a la Nación Mexicana (Hernández, N; 9 de septiembre 1997) (Rascón M; sept. 1997; p.7-8)

El comunicado zapatista había declarado al iniciar su marcha que “la historia de nuestros pueblos sigue siendo la lucha por la tierra y la libertad, por la democracia y la justicia para todos los mexicanos y mexicanas” (La Jornada; 9 sept. 1997; p. 5). Contradictoriamente un mes después Ernesto Zedillo en su visita a la ciudad de Comitán, había dicho que el EZLN ya no representaba un problema, puesto que en vista de las acciones emprendidas en el estado, las causas que habían dado origen al conflicto ya no existían.

A principios de octubre de 1997, simpatizantes zapatistas del poblado Paso Hondo del municipio oficial Frontera Comalapa, ahora pertenecientes al municipio autónomo “Tierra y Libertad” fueron desalojados del lugar, quemadas sus casas y robadas sus pocas pertenencias. A su vez la “agencia auxiliar” fue quemada y tres representantes del ayuntamiento rebelde fueron encarcelados en el penal de Cerro Hucco, acusados de secuestro y de tener cárceles clandestinas. A principios de noviembre se efectuó una marcha y mitin zapatista en Comalapa y después en Paso Hondo para manifestar su apoyo a la población desplazada, exigir respeto a las autoridades reconocidas del municipio autónomo de Tierra y Libertad con sede en Amparo Agua Tinta, y demandar el cumplimiento de los Acuerdos de San Andrés. Mientras tanto las guardias blancas de la región se habían ya reunido con intenciones de enfrentar a los zapatistas (El Tiempo núm. 40; 1997; p. 5-6).

En un documento las autoridades rebeldes señalaron sus razones para crear el nuevo municipio. “Decidimos reconocer el municipio de Tierra y Libertad para hacernos cargo de nuestros asuntos, porque queremos decidir el tipo de desarrollo que queremos y que decidamos nuestros programas de educación, vivienda, producción, la manera de aplicar la justicia y cuidar y mantener los recursos de nuestros territorios. Queremos elegir a nuestros gobernantes sin manipulación”. A su vez una carta enviada por la comandancia del EZLN desde La Realidad, expresaba su rechazo al desalojo de sus simpatizantes en Paso Hondo, responsabilizaba del mismo al presidente municipal

de Comalapa y al PRI, señalando su intención de dividir y enfrentar a los mismos campesinos. Otra carta del mismo EZLN, hacia notar el error de la organización campesina OCEZ-CNPA con presencia en la región, puesto que ésta había participado junto con los priistas en el desalojo, haciéndose por lo tanto cómplice de judiciales y policías (Op cit; p 5-12).

Nueva etapa de la guerra de exterminio.

Mientras tanto la paramilitarización³ como fenómeno social y como columna vertebral para oponerse al zapatismo, había continuado creciendo y como era ya noticia, se había extendido a la zona de los Altos. En el municipio de Chenalhó donde se asienta otro de los municipios rebeldes, se había estado viviendo desde hacia varios meses la violencia cotidiana. Ahí los grupos de civiles armados para oponerse a los militantes zapatistas en los propios pueblos, habían crecido bajo la protección de autoridades locales y estatales, así como bajo la sombra de la policía de seguridad pública y del mismo ejército federal, imposibilitado legalmente para emprender una ofensiva armada a pesar del cerco militar que mantiene. La "labor social" llevada a cabo por éstos en el seno de las contradicciones regionales no había sido en absoluto inofensiva. Las consultas médicas y odontológicas, el servicio de corte de pelo, el reparto de despensas, los juegos "amistosos" de fútbol y basketbol y otras actividades afines, tienen en el contexto de la guerra, el objetivo de "comprar las mentes y los corazones" de la población con el fin de restar base de apoyo a los rebeldes. Es además uno de los medios para obtener información acerca de las preferencias políticas de los pobladores. La introducción del alcohol, la drogadicción, la prostitución ligada a las enfermedades de transmisión sexual que llegaron junto con los campamentos militares a las comunidades, tienen a su vez la finalidad de degradar y debilitar a la población organizada.

La incapacidad de esconder la muerte de 45 civiles, la mayoría mujeres y niños, masacrados cuando se encontraban haciendo oración en Acteal, Chenalhó, evidenció justamente ante la opinión pública nacional e internacional la presencia de fuerzas paramilitares en el escenario de la guerra, situación que siempre había sido negada oficialmente. A su vez puso en entredicho a las autoridades desde el nivel local hasta al federal, puesto que para realizar la matanza se contó con recursos, con protección, con entrenamiento, con armas de alto poder de uso exclusivo del ejército y con vehículos del ayuntamiento de Chenalhó para la transportación hasta el lugar de los hechos.

A partir de ese acontecimiento se inició una nueva escalada militar, que bajo el pretexto de la aplicación de la Ley de Armas de Fuego y Explosivos y el desarme de grupos de civiles, llevó a cabo una nueva ofensiva a comunidades de filiación zapatista. Ejemplo de ello fue el cerco de 16 horas sobre la comunidad La Realidad, mientras se

³ Según Andrés Aubry y Angélica Inda, responsables del Archivo Histórico Diocesano, habría que diferenciar entre pistoleros, guardias blancas y paramilitares. Los primeros son matones leales a sus caciques dentro de sus territorios. Los guardias blancas en cambio sin vínculos de lealtad, son mercenarios organizados al servicio colectivo de los caciques, que aunque también tienen como objetivo proteger dominios amenazados, no se enrolan sin embargo en los caminos como los pistoleros y sí gozan de ciertos privilegios. Los paramilitares por el contrario nacen en el contexto de la guerra irregular o de baja intensidad, por lo tanto bajo el auspicio y protección de políticos, militares y recursos oficiales, para actuar en un campo donde el ejército no puede hacerlo de manera armada, el de los civiles (El tiempo núm. 43, 1997; Pp. 13-14).

preguntaba a los habitantes por la comandancia rebelde. El testimonio de un campesino da fe de lo anterior: "unos 60 soldados se metieron adentrando en la montaña y pasaron en los trabajaderos donde laboramos. Encontraron a algunos campesinos que estaban cortando café y allí los amenazaron preguntando qué hacían y dónde estaban las armas, ¿dónde está el campamento de los milicianos?" (El Tiempo núm 48; 1998; p. 3).

Para fines de enero de 1998 el ejército federal ya había realizado más de 44 incursiones en 33 comunidades zapatistas de La Selva, Los Altos y la Frontera, "la acción militar se concentró en 15 municipios autónomos y rebeldes, la mayoría muy lejos de Chenalhó" donde se suponía deberían actuar contra los paramilitares (Ramírez, C. J; 25 de enero 1998; p. 8-10). Para entonces ya existían más de 50 mil soldados distribuidos solo en cuatro de las nueve regiones del estado: en la Selva, el Norte, la Frontera y Los Altos, donde viven indígenas tzeltales, tzotziles, tojolabales y choles. Esa población militar está instalada ahora, en 54 campamentos y 32 cuarteles, ubicados en 20 municipios habitados mayoritariamente por indígenas. Tan solo en la Selva hay un soldado por casi cada familia de 7 miembros (Ibidem).

"En la región donde se ubica La Realidad hay destacados miles de soldados, a no más de 20 kilómetros de esa comunidad tojolabal". "Al norte están el cuartel de San Quintín, el campamento de Nueva Provincia y dos campamentos establecidos a las orillas del Río Euseba, a solo tres kilómetros de La Realidad. Por el lado sur está el cuartel de 'Guadalupe Tepeyac'" (Ibidem). En la zona fronteriza de Las Margaritas también ha aumentado desde entonces la presencia de efectivos militares, retenes móviles e incursiones hacia las comunidades en el corazón de la zona zapatista, mientras que continúan los patrullajes sobre la comunidad Amparo Agua Tinta, cabecera del municipio autónomo Tierra y Libertad.

Con anterioridad había sido ya denunciado el crecimiento de grupos paramilitares en la zona de la frontera con Guatemala, además de que en este país se estarían preparando a algunos militares mexicanos como kaibiles (El Tiempo Núm. 51; 1998; p. 6). Por otro lado en Maravilla Tenejapa, comunidad dominada por priistas "hay una oficina de SEDESOL y existe un grupo paramilitar de 20 jóvenes armados". Hasta dicha comunidad se han dirigido desde hace un año, las cooperaciones económicas de los pobladores de la región de Río Blanco, del municipio de La Independencia. Como ahora se sabe ha aparecido además en Comitán y Amatenango del Valle, un grupo paramilitar que se autodenomina "Los Puñales" (Morquecho, E. G; marzo 1998).

Así lo sucedido en Acteal, Chenalhó no fue un evento solitario y fortuito producto de añejas diferencias entre familias y conflictos intercomunitarios, como lo han difundido los voceros gubernamentales. Los acontecimientos posteriores hicieron evidente que se trató de una ofensiva más de la guerra de exterminio, la cual pretendía provocar una respuesta del EZLN que justificara una intervención armada de amplia envergadura del ejército federal contra los rebeldes. Desde antes habían tenido lugar una serie de reconocimientos al territorio zapatista, había ya posiciones militares en el mismo, se habían desplazado tropas desde Villahermosa, Tabasco, además de que se había preparado una ofensiva en el municipio de Cancuc, similar a la de Acteal en Chenalhó que sin embargo no se llevó a cabo (Entrevista con Morquecho, E.G; noviembre 1998.)

Los anuncios de agresión a los municipios autónomos.

Para fines de 1977 trascendió que se habrían reunido los funcionarios de la Secretaría de Gobernación, Reforma Agraria, Desarrollo Social y del Centro de Investigaciones de Seguridad Nacional, además del aún gobernador Ruiz Ferro y el comandante de la Séptima Región Militar, para analizar la conveniencia de eliminar los municipios autónomos impulsados por los zapatistas. Según el análisis en que coincidieron, el punto más álgido correspondería a los conflictos por la tierra, los cuales se generarían cuando las organizaciones sociales reclamaran su posesión, de acuerdo a límites geográficos establecidos por autoridades oficiales o autónomas. En el mismo sentido, el funcionamiento de los municipios autónomos daría lugar a problemas políticos, puesto que ejercerían actos de gobierno "sin ser gobierno", además de que quedarían impunes hechos delictivos que no se someterían a juicio al haber dos autoridades. "Los funcionarios de Gobernación opinaron que no se podían permitir dichos gobiernos; el argumento fue que estos propiciarían anarquía porque no se enmarcan dentro de un estado de derecho" (La Jornada; 15 de febrero 1998; p. 4).

En la misma dinámica de la guerra las "observaciones" que había presentado el gobierno federal a la iniciativa elaborada por la COCOPA sobre Derechos y Cultura Indígena, y que fueron enviadas a principios de 1998 al EZLN, señalaban que dicha iniciativa se apartaba de los Acuerdos de San Andrés. Según esta perspectiva ella daba lugar a "la configuración de fueros especiales para los pueblos indígenas, la creación de un cuarto nivel de gobierno autónomo y absoluto, exclusiones y fracturas al territorio nacional, violación al régimen de medios de comunicación, rompimiento en la educación nacional, obstáculos al federalismo y graves problemas sociales" (La Jornada; 27 de febrero 1998; p. 3).

El gobierno federal argumentaba que el texto de la COCOPA no expresaba con claridad el concepto de autonomía, puesto que no precisaba la relación con el resto de los principios y organización del Estado Mexicano, claramente establecido en San Andrés. Cuestionó también la propuesta del acceso colectivo de los indígenas, al uso y disfrute de los recursos naturales de sus tierras y territorios, puesto que ello no estaba consagrado en el reformado artículo 27 constitucional (Ibidem).

Ante la negativa del EZLN a aceptar las observaciones hechas a una iniciativa de ley de un órgano del Congreso de la Unión, el cual había tenido el aval de las partes para elaborarla según lo discutido en San Andrés, el gobierno federal impulsó unilateralmente una Reforma Constitucional sobre Derechos y Cultura Indígena en el supuesto de que cumplía con lo acordado y acusando de intransigencia al ejército campesino. Mientras tanto el proceso de diálogo había sido desgastado y dismantelado como vía para la resolución del conflicto, debilitando por un lado a la misma COCOPA y por otro lado desprestigiando a la CONAI y al Obispo de San Cristóbal de Las Casas como su presidente.

Allanado el camino en lo general, el gobernador interino Albores Guillen impulsaba ante la opinión pública el "Acuerdo Estatal para la Reconciliación" en el estado, en realidad con el consenso de los sectores pudientes: los productores rurales, comerciantes, empresarios y transportistas. En reunión privada con ellos habría manifestado su decisión de hacer valer el estado de derecho, impidiendo que el EZLN constituyera municipios autónomos. Sin embargo el acuerdo dado a conocer al

ciudadano común hasta en las escuelas primarias omitía información importante, alguna de la cual se refería al respaldo para que el ejército permaneciera en Chiapas ocupando el espacio de las comunidades (La Jornada; 10. Marzo 1998; p. 5).

La ofensiva armada en contra del EZLN se había orientado, según se deducía, al arrinconamiento extremo de su dirigencia, pero esta vez se alzaba además contra los mismos civiles zapatistas que habían tenido la osadía de subvertir el orden político dominante con la creación de sus municipios autónomos. Hacia allá se orientaba la militarización y paramilitarización, tal como ya había ocurrido en Chenalhó, y adquirían sentido otras acciones como la campaña en contra de la solidaridad internacional, que tenía como fin mantener en el aislamiento a las comunidades sin la presencia incómoda de testigos de otras latitudes para lo que vendría después.

Por lo pronto en la comunidad fronteriza Nuevo Poza Rica perteneciente al municipio autónomo Tierra y Libertad, había ya presencia constante del ejército federal que vigilaba insistentemente quién llegaba y lo que ocurría en el lugar, además de que después de las 9 de la noche los pobladores deberían estar en sus casas mientras que patrullas de civiles recorrerían la comunidad. Se sabía también que la Presidencia Municipal oficial de Las Margaritas buscaba impulsar el Consejo de Seguridad Municipal para la autodefensa civil, además que desde allá se estaba advirtiendo a los rancheros para que no aceptaran extranjeros, gente de ONG'S, ni católicos ya que sólo generaban problemas y división.

“El desmantelamiento de los municipios autónomos”.

Cuestionada y debilitada en extremo la vía del diálogo como posible solución al conflicto armado y dichas las últimas palabras, la dirigencia del EZLN se sumió en el silencio y dejó de manifestarse políticamente a través de los medios de prensa. Como consecuencia de lo anterior, el proceso de organización de los civiles zapatistas para autogobernarse en sus municipios autónomos adquirió visibilidad, pues en los hechos ya venían trabajando desde muchos meses antes en el marco de la resistencia.

El 11 de abril de 1998, a 4 meses de la masacre en Acteal y de la extensión de la militarización en territorio rebelde, se inició la ofensiva contra las instalaciones de los municipios autónomos con el objetivo de intimidar y desmovilizar a los civiles zapatistas. Sucedió primero en el Municipio Autónomo Ricardo Flores Magón en la región de Ocosingo, un día después del cambio de autoridades. Por la madrugada ingresaron a la comunidad Taniperlas, cabecera del mismo municipio, camiones de la policía de seguridad pública, judiciales, migración y ejército federal guiados por un grupo de priistas. En el operativo fue destruido el auditorio el cual lucía un mural pintado recientemente en alusión a un pasaje de la vida zapatista, y fueron detenidos arbitraria y violentamente varios indígenas y solidarios nacionales al mismo tiempo que se deportaba a observadores internacionales.

El interino gobernador chiapaneco había tratado de justificar el operativo, declarando que la creación del municipio autónomo desconocía a las autoridades legalmente constituidas e imponiendo por lo tanto a las suyas. A partir de ese momento los civiles de los 38 municipios autónomos por su parte, declararon su disposición a defender a sus autoridades, y comenzaron a organizar guardias para vigilar sus sedes.

El primero de mayo, de manera similar y a menos de un mes de lo ocurrido en Taniperlas, tuvo lugar la ofensiva contra la comunidad Amparo Agua Tinta municipio autónomo Tierra y Libertad. En realidad el pretexto era lo de menos: liberar a algunos guatemaltecos encarcelados arbitrariamente por las autoridades rebeldes, situación que había sido denunciada por la COMAR y turnada al ACNUR, mismo que buscó liberarse de la responsabilidad ante los pobladores mexicanos y refugiados guatemaltecos. Durante el operativo las instalaciones donde sesionaba el Consejo Autónomo fueron saqueadas pues no pudieron ser destruidas, y las autoridades fueron llevadas al penal de Cerro Huevo donde permanecen hasta la fecha. Desde ese momento un campamento de la policía de seguridad pública vigila el lugar y las nuevas autoridades en Amparo Agua Tinta pertenecen al partido oficial, cambiando con ello la correlación de fuerzas.

A pesar de lo que señala el hecho, la ofensiva contra la sede y autoridades del Consejo Autónomo no significó el “desmantelamiento” del municipio rebelde de Tierra y Libertad y su rico proceso organizativo, pues este aún continúa y en la resistencia nuevas autoridades municipales fueron elegidas por los pueblos posteriormente.

El 10 de junio se inició la cuarta ofensiva a un municipio autónomo (el tercero había sido contra Nicolás Ruiz), en esa ocasión a las comunidades de Chavajeval y Unión Progreso y a la sede del Municipio Autónomo de San Juan de La Libertad antes El Bosque. Como había sucedido ya en otras regiones, la paramilitarización que tenía su sede en la comunidad Los Plátanos había cobrado víctimas entre los pobladores, de lo cual se había acusado a los zapatistas. La ejecución de ordenes de aprehensión contra 15 responsables de 3 asesinatos ocurridos entre priistas dos meses antes, había servido de justificación para la nueva ofensiva. Sin embargo en esa ocasión no sólo se trataba de ocupar la cabecera municipal, sino de movilizar y penetrar hasta las comunidades indígenas. Pero ahí la respuesta fue muy distinta a las anteriores pues la agresión fue repelida por zapatistas desde las montañas y hubo un número indeterminado de bajas de ambos bandos. Días después la Procuraduría de Justicia del Estado entregó a las comunidades agredidas, a través de la CNDH, ocho cadáveres irreconocibles por las huellas de tortura y el avanzado estado de putrefacción como parte de la guerra psicológica, pero las cuentas esta vez no ajustaban pues no todos los muertos pertenecían a los campesinos (entrevista con Morquecho, E. G; noviembre 1998).

El silencio zapatista y la Quinta Declaración de la Selva Lacandona.

El gobierno había continuado agrediendo a la Diócesis de San Cristóbal con la expulsión de varios sacerdotes y cierre de templos. El propio Ejecutivo Federal se había expresado en contra del obispo de San Cristóbal y había desacreditado a la CONAI acusándola de parcialidad, en medio del silencio zapatista. Desmanteladas las condiciones necesarias para una vía de diálogo y negociación, es que la CONAI decidió desaparecer ante la falta de razón de ser como organismo mediador y reconociendo que se jugaba otra etapa de la guerra (El Tiempo Núm. 74; 1998; p. 8-9).

Sin la CONAI y ante una situación política que se avizoraba cada vez más grave, numerosas personalidades y grupos de la sociedad civil decidieron llamar al EZLN a romper su silencio convocándolo a un encuentro para buscar alternativas de solución al conflicto. Finalmente en julio de 1988 la dirigencia zapatista volvió a manifestarse lanzando la “Quinta Declaración de la Selva Lacandona”, anunciando una consulta

nacional por el reconocimiento a la Iniciativa de Ley Indígena de la COCOPA y contra la guerra de exterminio, a realizarse en todos los municipios del país.

El encuentro con el EZLN convocado por la sociedad civil tuvo lugar en noviembre de 1998, en San Cristóbal de Las Casas. Su acuerdo principal fue retomar como propia la iniciativa de impulsar la Consulta Nacional para lograr el reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas. Representa un esfuerzo político más por medio del cual parar la guerra de exterminio y coadyuvar a una verdadera transición a la democracia como proyecto político alternativo, donde no haya seres humanos excluidos comenzando por los indígenas de este país.

ACERCA DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y SALUD

Las primeras impresiones.

Conocer las comunidades de alguna parte de la selva de Las Margaritas aquellos primeros años de la década de los 80, como médica recién egresada del servicio social de la UAM-X, fue una experiencia llena de interrogantes. Cuando cansada caminaba entre subidas y bajadas, entre el lodo y el zacate para llegar a alguna comunidad que no aparecía, me preguntaba la razón por el cual la gente vivía tan lejos de una carretera. Las horas fatigosas e interminables para subir un trecho de montaña, me hacían pensar el motivo por el cual la comunidad objeto de mi visita, tenía que estar justamente en la punta del cerro; y mientras cruzaba una "hamaca"¹, me detenía a pensar en la imposibilidad de sus habitantes de cruzar un río crecido, al mismo tiempo que era consciente de pronto de las dificultades de su vida en la selva.

Eran solamente interrogantes iniciales pues una vez en el lugar, era inevitable que no surgieran algunas más. ¿cómo no preguntarse qué pasaba cuando observaba mujeres pálidas? ¿por qué no hablaban "la castilla" y por qué menos sabían leer y escribir? ¿por qué tenía que encontrar niños desnutridos y barrigones si vivían en medio de la exuberancia del paisaje y había además reses en las inmediaciones? ¿Por qué los menores de un año no tenían nombre sino hasta que "se lograran"?

Como médica fue mi primer encuentro con las anemias acentuadas y la fiebre alta del paludismo mientras descubría que el indígena tojolabal que me guiaba era tuberculoso y podía caminar por las subidas y bajadas más ágilmente que yo. En algún momento fui testiga de las dificultades de los hombres y las mulas, al sacar los bultos de café por entre las veredas de lodo y la vegetación selvática; o de las penas de los enfermos cuando eran sacados en silla sobre la fatigada espalda de los familiares hasta la carretera, sólo para tener que esperar horas interminables algún transporte que los trasladaría a Las Margaritas, y de ahí hasta Comitán. También me enfrenté a la negativa empecinada de la gente, que no comprendí en ese momento, para sacar a su familiar enfermo a algún servicio médico donde quizá habría tenido remedio; e igual fui testiga cuando a pesar de los esfuerzos realizados regresaban con él después de recorrer medio camino, porque ya había muerto.

Probablemente la situación de enfermedad y muerte no era distinta en otras zonas de la selva de Las Margaritas, pues la vida en toda ella ha sido muy difícil para sus pobladores, sean estos campesinos indígenas o campesinos mestizos.

Su vida ha sido en general la historia de las dificultades de la colonización y de la adaptación a la selva. Posteriormente conociendo más la región me volví a preguntar: ¿Qué tan grave habrá sido en el pasado la situación inicial de enfermedad para las poblaciones que migraron sucesivamente? y ¿Qué tanto se habrá modificado esa situación actualmente en la década de los 90?

1. Una hamaca es un puente colgante hecho de travesaños de madera sobre alambre de púa. Éstos tienen una separación variable entre sí y pueden estar podridos por la humedad faltando en ocasiones alguno. A los lados y con el fin de que el transeúnte pueda cruzar con más seguridad el puente, que se mece mientras lo hace, tiene también alambre de púa del cual puede sujetarse no sin dificultades.

Las condiciones de vida de los primeros pobladores de la selva.

No podemos saber con precisión los cambios que han ocurrido en el patrón de enfermedad en la región, puesto que no existen registros epidemiológicos en general de la Selva Lacandona, que nos den una idea de su transformación en este sentido. Es suficiente mencionar que "un diagnóstico de salud realizado en 1978 por la Escuela de Salud Pública de México, evidenció la falta de información demográfica y epidemiológica sobre la región. Ninguna instancia de salud en el estado conocía el número de localidades. En varias comunidades estudiadas del municipio de Las Margaritas, se encontró un subregistro del 55% de la mortalidad general y mayor del 90% en la mortalidad infantil" (Arana, Marcos, 1991; p. 251) Esto nos puede dar una idea general de lo acontecido, además de algunos trabajos que recogieron testimonios de años atrás.

Si bien los primeros pobladores de la selva llegaban a ella con la esperanza de una vida mejor, dejando atrás la falta de tierra o el minifundismo extremo que los obligaba a migrar a tierra caliente, como es el caso de la población que llegaba de Los Altos, también es verdad que tuvieron que enfrentarse a grandes dificultades a su llegada, y que no todos pudieron resistir el reto de sobrevivir en la selva. Ciertamente en un inicio sus condiciones de vida tuvieron que ser muy precarias, a juzgar por los testimonios al respecto que se conocen y que el trabajo de Paz acerca de la migración a Las Margaritas, ha logrado recoger.

"Cuando vinimos para acá había mucho miedo por el tigre y los moscos y el calor y el lodo que había tanto. Algunos no pudieron siquiera llegar, se regresaron a medio camino cuando vieron que era pura montaña. Y luego, los que llegamos hasta aquí sentimos que no nos íbamos a hallar abajo de tanto árbol grande, estaba bien oscuro; no había siquiera un campo abierto, puro barranco y se oía sólo el ruido de los pájaros que cantan y de los monos que rugen. ¡Ay! los árboles eran tan grandes que casi no los podíamos cortar en un día... Por eso algunos no dilataron aquí, sólo vinieron a conocer y se fueron; otros vinieron unos meses y luego se fueron" (Paz, S. M.F; 1989; p. 71).

Aquellos primeros pobladores se enfrentaron a las dificultades de hacer habitable su entorno. Sólo el desmonte de la selva hizo posible la construcción de las primeras casas del nuevo asentamiento, y el tener tierra para cultivar y garantizar el sustento en adelante. "Maíz, hierbas de monte y animales de la región sirvieron de alimento en los primeros meses de la colonización, sobre todo a los habitantes de los ejidos pioneros" (Op cit; p 92).

Así fue como se constituyeron los primeros poblados en la región fronteriza por parte de campesinos tzotziles en los años de la década de los 60. Dicha situación sin embargo no había sido exclusiva de ellos, condiciones similares tuvieron que enfrentar los primeros tojolabales que llegaron a la Selva de Las Margaritas, desde antes que se iniciara la década de los 50.

Después de las primeras migraciones en diferentes tiempos, en diversas zonas de la selva de Las Margaritas y por población también distinta, oleadas sucesivas de migrantes llegaron a colonizarla encontrando tal vez menos dificultades de acceso, pero también menos terrenos nacionales libres para establecerse. Al parecer las dificultades

entre los mismos ejidatarios por problemas de linderos de tierras, no fueron infrecuentes una vez que la selva estuvo más poblada.

Para todos sus habitantes siempre fue un problema la inexistencia de caminos que les permitiera la comunicación con el exterior; prioritariamente para comercializar algunos de sus excedentes y recursos; para conseguir los artículos necesarios para el consumo diario; o para sacar a sus enfermos. Igualmente la construcción de una carretera y caminos que comunicaran a los poblados, fue siempre una demanda de algunos grupos organizados en la región y figuró como problema en sus diagnósticos.

El proyecto de "Reacomodo de los excedentes de población de Los Altos de Chiapas en Las Margaritas" elaborado por el INI desde 1965, mencionaba como una de las prioridades para la colonización, la construcción de una carretera. La misma tendría una extensión de 60 km. y seguiría la ruta Lagos de Monte Bello - Santa Ana - Ejido Tierra y Libertad - Río Blanco - La Florida - Argobia - Santo Domingo - La Guadalupe - El Tulipán - San Marcos. Su terminación según se señalaba en el documento citado sería en dos años a partir de 1966. En realidad fue hasta 1970 cuando el gobierno federal inició la construcción de la carretera fronteriza que, se tenía pensado entonces, uniría los Lagos de Montebello con la zona arqueológica de Bonampak en la región nororiental de la selva. A pesar de todo, la carretera no fue prioritaria en ese momento a juzgar por la lentitud de los trabajos, sino hasta la década de los 80 cuando se inicia la afluencia de refugiados guatemaltecos por el conflicto armado en su país (Paz, S. F. 1989, Pp. 67-68).

Ante la necesidad, la población campesina tuvo que tomar la iniciativa de abrir camino donde aún no llegaba. Nuevamente son ilustradores testimonios como el siguiente: "Hasta en los lagos llegaba el camino, pero no era carretera, sólo camino de herradura y de los lagos para acá pura veredita, un pique, no hay buen camino. Pero después cuando ya está unida la gente fuimos a hacer una brecha hasta allá arriba en el cerro, quince días fuimos a brechar por ahí, a tumbar todo para que se ampliara el camino. Ahí quedamos sufriendo por el agua, pero ¿qué le hacemos? Es por nuestro camino, por eso hay que aguantar; así fue como se amplió la vereda" (Op. cit; p. 68).

Por otro lado la carretera que partía de la cabecera municipal, vía de acceso a Guadalupe Tepeyac, no era transitable todo el año. Su construcción también había avanzado poco puesto que en casi diez años, de 1983 a 1991, apenas se había abierto el tramo desde la comunidad aludida hasta La Realidad. Ni pensar en luz eléctrica que llegó a las comunidades sobre la carretera de esa parte de la selva, en los primeros años de la década de los 90. El objetivo realmente era llevar la energía hasta el hospital del IMSS-Solidaridad enclavado en El Tepeyac, que fue inaugurado por el presidente Salinas de Gortari en septiembre de 1993 bajo un fuerte dispositivo de seguridad a cargo del ejército.

Puesto que las condiciones generales de vida ligadas a la satisfacción de necesidades básicas son las que determinan la forma de enfermar y morir, puede deducirse que en los primeros años de la colonización en la selva, aquellas tuvieron que haber sido muy precarias y la mortalidad de la población "por desnutrición y enfermedades desconocidas" fue probablemente muy elevada, según revelan testimonios recogidos por el Instituto Nacional de Nutrición (Arana, G. Marcos; 1991; p. 252).

Ya desde el Congreso Indígena de 1974 tzeltales, tojolabales, tzotziles y choles habían denunciado la usurpación de sus tierras por parte de finqueros y las condiciones de miseria y explotación como peones acasillados que los obligaron a migrar a la selva. Acerca de sus condiciones de vida y su relación con la enfermedad los tojolabales expresaban en su ponencia: “padecemos muchas enfermedades, pero no sabemos de dónde vienen, si por el agua o por la alimentación, o por la vivienda. Y aunque algunos si saben de dónde vienen, no pueden evitarlo. Porque sabemos que por el agua mala nos vienen enfermedades, pero no tenemos agua potable. Y si hay agua buena en la ciudad, por nuestro trabajo tenemos que caminar mucho y tomar agua en donde sea para no morir de sed, aunque vemos que no es agua hervida. También por razón de nuestro trabajo muchas veces nos mojamos en el camino y se nos seca la ropa en el cuerpo. También nos malpasamos, no tomamos a tiempo nuestros alimentos, no tenemos los alimentos necesarios, nuestro trabajo es muy duro y muchas veces nos enfermamos” (Primer Congreso Indígena; 1974; p. 48).

A su vez los tzeltales reconocían que “existen enfermedades malas que no puede atender el curandero, como la tuberculosis que hay en la selva. Muchas enfermedades en la selva, calentura, estómago, no sabemos curarlas y mucha gente se muere. No hay ayuda para los que vivimos lejos en la selva y si mucho negocio de gente que vende medicina” (Op cit; p. 47). Los acuerdos del Congreso Indígena por lo tanto terminaban demandando que las tierras comunales arrebatadas volvieran a sus dueños originales y exigían un trato respetuoso por parte de la sociedad ladina. En materia de salud pedían el rescate de la medicina antigua pero también “clínicas en los pueblos grandes indígenas y se atiendan las comunidades menores con enfermeros indígenas que conozcan las dos medicinas, la de pastillas y la de plantas” (Op cit; 50).

¿Qué tanto se han modificado las condiciones de vida en la región desde entonces? Probablemente la respuesta pueda ser que éstas en algo han mejorado para la población que migró a la selva, sin embargo la tendencia a la marginalidad se ha mantenido en lo fundamental a lo largo de los años.

Lo que dicen las cifras oficiales.

Resulta asombroso saber acerca de las desigualdades sociales que existen en el territorio mexicano y constatar el lugar que le toca al estado de Chiapas en materia de salud. Al respecto el investigador Julio Frenk señala que es apenas en 1995 cuando el estado alcanza la esperanza de vida que el país en su conjunto tenía ya en 1980, es decir que ha habido un retraso de 15 años. La brecha en la mortalidad infantil también es abismal si se compara la que corresponde a Chiapas que es de 44.4% menores de un año muertos, contra 28.3% para el país y 14.3% para Nuevo León, estado que tiene uno de los niveles más bajos (Frenk, J; 26 enero 1998; p. 7).

Al mismo tiempo no es de extrañar como las desigualdades sociales también se reproducen al interior del estado entre los municipios con población mayoritariamente indígena y aquellos con menor población de este tipo, pues en 1995 el rezago en la esperanza de vida en los primeros era de casi 25 años con respecto a los segundos! Así mismo la diferencia en la mortalidad infantil es de hecho mayor en los primeros con

respecto a los últimos, con 51.1% y 33.9 % respectivamente, que la que se observa entre Chiapas y el resto del país como señala el autor (Op. Cit. p.7).

Actualmente de los 111 municipios oficiales que tiene el estado, el de Las Margaritas es considerado como uno de los que muestran la más alta marginación junto con otros 37, según el índice desarrollado por el Consejo Nacional de Población; y dentro del conjunto de los municipios que conforman la llamada región III fronteriza, una más de las regiones en que ha sido dividido el estado, es también el municipio que muestra la más alta marginación. Al respecto son ilustrativos algunos datos acerca de su población y de las condiciones de vida en que ella se recrea, según el Programa de Desarrollo de la Región fronteriza 1995-2000 (COPLADE; 1995; p. 29).

La cabecera del mismo nombre ha funcionado como centro rector de la zona indígena tojolabal, con la que se encuentra deficientemente comunicada a través de caminos rurales y de herradura. Los censos de 1980 a 1990 refieren que Las Margaritas habría registrado en esos diez años la mayor cantidad de población en la región fronteriza. Su tasa de crecimiento también habría sido una de las más altas al ubicarse en 7.5%, mientras que en la región la cifra sería de 5.1% y en todo Chiapas sólo de 4.5%. Según este análisis la mayoría de su población era gente joven pues su mediana de edad hasta 1990, era de 15 años (INEGI; 1990; Pp. 2-5). No obstante, el Programa de Desarrollo de la Región Fronteriza 1995-2000, el cual toma información del Censo de Población y Vivienda de 1995, refiere que el incremento registrado se debió en realidad al alto flujo migratorio de refugiados guatemaltecos, habiendo por consiguiente un notable descenso en su crecimiento para los años de 1990 a 1995. (COPLADE; 1995; p. 26).

Las Margaritas es uno de los municipios donde hay más hablantes de una lengua indígena en relación al resto de los municipios de la región, reportando un total de 57.3%. Así mismo presenta el más alto porcentaje de población monolingüe con un 23.5%. La lengua indígena predominante es el tojolabal, que también es la principal en la región con 57.5 % de hablantes. Le siguen en importancia el kanjobal con un 19.2%, el cual es uno de los idiomas de los refugiados guatemaltecos, y sucesivamente aparecen el tzotzil con 6.7% y el tzeltal con 6.4% procedentes de la población que migró de Los Altos. Tal conformación de culturas le dan al municipio y específicamente a la zona fronteriza su carácter pluriétnico (INEGI; 1990, p. 15-17).

Acerca del porcentaje de analfabetismo, de los ocho municipios fronterizos que integran la región sobresale el caso de Las Margaritas con 45. 8% cuando en los cinco restantes es de 18.7%, es decir por debajo del promedio de la región fronteriza que es de 31.2%. El porcentaje de población de 15 años y más sin instrucción también es mayor para este municipio, con 44.3%. Como ha sido corroborado en los hechos, las cifras siempre son desfavorables para las mujeres que muestran el más alto grado de analfabetismo y monolingüismo y el más bajo grado de instrucción (Op cit: Pp. 22 y 30).

Las cifras acerca de la vivienda tampoco son alentadoras puesto que Las Margaritas es uno de los municipios que tiene el más alto porcentaje, 23%, de viviendas con un solo cuarto lo que habla del grado de hacinamiento. Es importante considerar también el material usado en la construcción de la vivienda, puesto que ello expresaría concretamente las condiciones de vida de sus habitantes, siendo de particular relevancia

la existencia de piso de tierra o su sustitución por otros materiales. Al respecto según la información que proporciona el INEGI, cabe señalar que en los años de 1970 a 1990, la situación se habría modificado favorablemente al incrementarse el uso de algún tipo de recubrimiento para el suelo, tanto a nivel estatal como federal. Aún así en el municipio aludido, hay un 77.2% de viviendas con piso de tierra que representa el caso más extremo a nivel regional, el cual reporta un 48.7% (Op. cit; Pp. 55-60).

La situación acerca de los servicios para la vivienda como puede suponerse se expresa en el mismo sentido, aunque según la información referida la disponibilidad de agua entubada, drenaje y energía eléctrica se habría incrementado en la región. No obstante sucede que Las Margaritas es uno de los municipios con el porcentaje más bajo de agua entubada de sólo el 28. 0%, y su disponibilidad de energía eléctrica es de sólo un 32.9%. Como se ve la mayoría de su población tiene que acudir por agua hasta los ríos, pozos y manantiales, y carece también de luz eléctrica en sus casas (Op cit; Pp. 61-63). Ni hablar de sistemas de drenaje en las comunidades de la selva, el cual aunque insuficiente es privativo de las zonas urbanas. El defecar al aire libre es aún una costumbre común, aunado al hecho de que el tipo de construcción de letrinas amén de no ser generalizada, adolece de serios inconvenientes que impactan negativamente en el aspecto sanitario.

La situación referida acerca de la deficiente calidad de la vivienda y saneamiento ambiental favorece, la presencia de enfermedades infectocontagiosas y parasitarias, principalmente infecciones respiratorias agudas y procesos infecciosos y parasitarios gastrointestinales, como lo hemos corroborado en la práctica.

Al respecto el Sector Salud reporta que las principales causas de enfermedad registradas en 1988 para la región Fronteriza son infecciones respiratorias agudas, enteritis y otras enfermedades diarreicas, así como la amibiasis. Además de que dentro de las diez primeras enfermedades también se incluyen la escabiasis, paludismo, salmonelosis y la angina estreptocócica. Según este informe la región tiene una tasa de mortalidad del 2.92 por mil habitantes, menor en un 35% a la media estatal, lo cual parece poco probable y se explica por el subregistro en zonas rurales. Como principales causas de muerte señala a las gastroenteritis, el choque séptico y las infecciones respiratorias (Sector Salud; 1990; Pp. 17-18).

Por su parte el Programa de Desarrollo de la Región Fronteriza 1995-2000, reporta que las principales causas de morbilidad en la región corresponden a entidades nosológicas tales como "infección respiratoria aguda, angina esteptocócica, amibiasis, otitis, diabetes, sarna, hipertensión y enfermedades de transmisión sexual en los adultos" Señala que uno de los principales problemas de salud, tiene que ver con los altos índices de desnutrición que padece principalmente la población infantil, y menciona que uno de los municipios de mayor incidencia sería Las Margaritas con 67%. Más adelante refiere que otros problemas comunes en la población infantil son "las infecciones respiratorias, gastroenteritis, parasitosis, enfermedades de la piel, rubeola y varicela" (COPLADE; 1995; p. 32). Dentro de la morbilidad señala también las enfermedades crónico-degenerativas, si bien enfatiza que en la región fronteriza las más comunes son las infecciones respiratorias y gastrointestinales por el círculo formado por malas condiciones de vida que generan hambre y enfermedad, sobre todo entre la población indígena (Op. Cit; p. 33).

Acerca de la mortalidad el citado documento menciona que en los adultos de la región corresponde sobre todo a los accidentes, cardiopatías, meningoencefalitis, diabetes, hipertensión y problemas respiratorios; mientras que en los niños principalmente a "problemas respiratorios, deshidratación, accidentes y neoplasias" (Op cit; p. 33). Situación muy similar a la reportada para el estado de Chiapas, cuya mortalidad general de 1993 a 1994 se había referido en primer lugar a enfermedades infecciosas intestinales, para continuar progresivamente con neoplasias, accidentes, enfermedades del corazón, neumonía e influenza así como afecciones originadas en el periodo perinatal. Estas últimas como principal causa de muerte en menores de un año (INEGI; 1996; Pp. 92-95).

Lo que dicen los datos de las organizaciones populares de salud.

Existe también disponible información no oficial generada dentro del municipio a nivel local y regional. Dicha información corresponde, tanto a la generada en el primer nivel de atención en la comunidad por parte de los promotores de salud campesinos, como a la unidad de referencia intermedia de Poza Rica. Al respecto es importante mencionar como lo han hecho algunos estudios en la Selva Lacandona, que la morbilidad captada no corresponde a la morbilidad real, la cual hace alusión "al número real de personas enfermas, o de eventos de enfermedad" (Blanco, G. J.; 1994; p.5). La morbilidad en esta situación se refiere únicamente, a los casos de enfermedad que solicitaron atención de los promotores de organizaciones populares de salud, es decir a morbilidad por demanda de atención. Significa además, que se dejaron fuera los casos tratados por promotores adscritos a las instituciones oficiales de salud, los atendidos por terapeutas tradicionales y los casos que no solicitaron la intervención de alguno de los anteriores. La información correspondió esencialmente a diagnósticos clínicos, salvo en el caso de la unidad médica de referencia intermedia que pudo tener acceso a laboratorio.

A pesar de sus relativas limitaciones la información que se ha generado de esta manera, tiene el enorme valor de ser un diagnóstico propio acerca de la situación de enfermedad, y sobre todo después de 1994, el ser un insumo para la planeación de acciones para la salud en el marco de un ejercicio colectivo. En este caso útil para la acción inmediata y no sólo para la historia², solo retardada por la imposibilidad de tener acceso a los recursos necesarios e instancias adecuadas en un escenario de guerra.

Un reporte de trabajo de los meses de enero y febrero de 1988 de uno de los promotores de salud con más experiencia en la comunidad de Guadalupe Tepeyac, señalaba un predominio de helmintiasis y problemas gastrointestinales así como de infecciones respiratorias agudas. Reportaba además problemas musculoesqueléticos, enfermedades infecciosas y parasitarias de la piel, y un caso de tuberculosis (Rivas, B. M.G; 1990; p. 6) (Cuadro 1).

² En su investigación acerca de la situación de salud en la Selva Lacandona, los autores que se basan en datos de morbilidad y mortalidad generados por el Sector Salud, señalan las deficiencias de la información oficial. Una de ellas se refiere a la dilución de la información, que impide la identificación de variaciones regionales o de grupos alto riesgo que ameritarían el establecimiento de acciones específicas. A esto se agrega que usualmente la información recogida se procesa tardíamente, de modo que el sistema de captación de datos se convierte en un registro pasivo. "Útil para la historia pero no para la acción inmediata" (Blanco, G. J. 1994; Pp. 5-6). En el caso del municipio Autónomo "Tierra y Libertad" la pretensión es que la información pueda ser útil para la acción inmediata y no sólo para la historia.

Recientemente en 1998, se llevó a cabo un proceso de recolección, sistematización e interpretación de información, acerca de las condiciones de vida y enfermedad en la zona fronteriza de la selva de Las Margaritas. En él participaron los promotores campesinos de las organizaciones populares de salud en la zona referida, que es solo una parte del municipio autónomo Tierra y Libertad. Para esa tarea fueron auxiliados en la sistematización e interpretación por su asesor médico y miembros de algunas ONG's que han apoyado a los refugiados guatemaltecos.

Dicho informe concluyó que su universo de recolección de datos y de trabajo era reducido, esto es, de aproximadamente 25% del total de comunidades para la selva de Las Margaritas y parte de Independencia. No obstante, los datos que aportaba eran muy importantes para tener conocimiento de lo que realmente estaba pasando en la zona, y sobre todo para llevar a cabo acciones con el fin de mejorar en algo la salud de la población en las condiciones actuales del conflicto armado.

De manera general se encontró que solo el 56.7% de las comunidades investigadas tiene acceso por carretera, es decir poco más de la mitad. Al resto de ellas se llega caminando después de algunas horas, situación que nos sigue mostrando la dispersión de las comunidades y su incomunicación (Tierra y Libertad, 1998). Sin embargo, es importante mencionar que ahora la carretera que llega a esta región de la selva de Las Margaritas está pavimentada desde 1995, lo que reduce el tiempo de llegada a cualquier punto para los pobladores ... y también para el ejército federal.

Es importante mencionar que en la estrategia de guerra dicha carretera forma parte del circuito exterior que va de Comitán a La Trinitaria - MonteBello - margen izquierda del río Usumacinta llegando hasta Palenque. Ella se complementa con un circuito exterior que parte del cuartel de Rancho Nuevo en San Cristóbal de Las Casas - Ocosingo - San Miguel - La Garrucha - Prado - Guadalupe Tepeyac - Nuevo Momón - Las Margaritas hasta Comitán (El Tiempo Núm. 40; 1997; p. 2).

Menos de la mitad de las comunidades, el 43.2%, tienen agua entubada. La mayoría de las mujeres en esa zona, por lo tanto, tiene que realizar grandes esfuerzos para la limpieza de sus hogares pues deben cargar el líquido a diferentes distancias desde los ríos, pozos, manantiales, etc., lo que va en detrimento de la higiene familiar. Asimismo se reporta asombrosamente hasta un 86.4% de poblados con letrinas, dato que aunque es importante debería ser matizado, pues no significa que haya una letrina para cada familia, ni que éstas estén bien construidas y se conserven limpias, ni mucho menos que todos en la familia la usen como es el caso de los niños pequeños (Tierra y Libertad, 1998). Es más, como han señalado otros informes, muchas comunidades en la selva rechazan el uso de letrinas debido a que por las condiciones del suelo, se inundan en temporada de lluvias favoreciendo la cría de mosquitos (Arana, G., M; 1991; p. 262). En las condiciones anteriores no es rara entonces, la aparición de infecciones gastrointestinales como un problema importante en la región.

Hasta el 67.5% de los poblados en esta muestra cuenta con energía eléctrica lo que es más alto que lo reportado por el INEGI para todo el municipio oficial de Las Margaritas, situación que es similar para el caso del agua entubada. Si partimos de que la existencia de servicios públicos, que corresponde a la distribución de la riqueza socialmente generada expresa las condiciones en que vive la población, probablemente dichas condiciones sean mejores en la zona fronteriza de la selva de Las Margaritas que

en aquella otra cuya vía de acceso es hacia Guadalupe Tepeyac. Ello tendría que ver quizá, con la atención que ha recibido la zona fronteriza como resultado de la importancia política que adquirió, con la llegada de los refugiados guatemaltecos.

Acerca de la patología encontrada en la atención que los promotores de salud proporcionaron, ésta ha sido clasificada en grupos de acuerdo a la causalidad social de la enfermedad.

Al respecto se nota en la información generada que hay un predominio de enfermedades parasitarias y gastrointestinales que representan un 17.78% del total, lo cual tiene que ver con la poca disponibilidad de agua entubada en los hogares, la defecación al aire libre y tal vez las letrinas con inadecuada construcción y pésimo mantenimiento que las convierten a su vez en foco de infección. Muy de cerca le siguen los problemas respiratorios con un 17.50% clasificados como enfermedades por una vivienda inadecuada, con hacinamiento que facilita la transmisión de enfermedades y por falta de ropa suficiente para proteger de las inclemencias del ambiente. En adelante aparecen los problemas derivados del proceso de trabajo campesino, esto es dolores musculares, desgaste e inflamación de articulaciones producto del esfuerzo corporal, así como heridas por herramientas, caídas en el momento de trabajo, etc. que son registrados con un 15.68%. Las enfermedades como sarna, piodermitis, abscesos, clasificados también como enfermedades por poca disponibilidad de agua y de útiles para el aseo adecuado, representan un 13.58%. Por último y aun dentro de las primeras cinco causas de enfermedad los promotores de salud reportan las anemias y la desnutrición, clasificadas primariamente como enfermedades por insuficiente disponibilidad de alimentos con sólo un 4.05%, problema que por su magnitud nos sigue planteando la invisibilidad del padecimiento (Tierra y Libertad, 1998).

Aunado a lo anterior los promotores de salud reportan algunos casos de tuberculosis, la mayoría de ellos sin tratamiento, padecimiento que al parecer ha sido una importante causa de muerte y que habría que investigar más. Durante 1985 la mortalidad por esta enfermedad en Las Margaritas ocupaba el segundo lugar en la población mexicana y el séptimo entre los refugiados guatemaltecos. En el Hospital de Comitán era la segunda causa de muerte y la mayoría de casos provenían de la selva (Arana, G., M; 1991; p. 260).

Llama la atención en la información sistematizada por los promotores, que la mortalidad infantil es muy alta y ocupa un 75% del total de muertes contabilizadas, la mitad de ellas de recién nacidos. Acerca de este problema, contrasta la información oficial que reporta para el municipio de Las Margaritas una tasa de 1.3 por mil nacidos vivos, "cifra que aún en los países más desarrollados no se ha podido alcanzar" (Sánchez, Pérez, H J; 1995; p. 68). Por su parte, otro informe sostiene que en 1985, la mortalidad perinatal fue la tercera causa en la mortalidad general entre los mexicanos de la zona y la segunda entre los refugiados, lo cual expresa la falta de una atención adecuada del parto y perinatal cuando es rebasada la solución a nivel de la comunidad (Arana, G., M; 1991; p. 260).

La información no oficial también revela que hasta febrero de 1998, aproximadamente la tercera parte de las comunidades consideradas no habían recibido vacunas, y que si bien algunos por ser simpatizantes zapatistas rechazaban

expresamente el servicio, también sucedía que las unidades médicas del IMSS condicionaban la vacunación a la filiación política de los solicitantes.

Complementariamente los promotores de salud han mencionado como problemas muy importantes la división entre comunidades, la presencia de paramilitares así como de familias campesinas desplazadas tanto "organizadas como priistas", fenómeno en esa zona que no es del conocimiento público (Tierra y Libertad; 1998).

Por su parte la clínica de referencia intermedia dependiente del Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán", que se ubica en el poblado fronterizo Nuevo Poza Rica casi desde la llegada de los refugiados guatemaltecos, no hace más que corroborar la misma situación encontrada por los promotores de salud. Esto es, el predominio de enfermedades diarreicas y parasitarias por mal saneamiento y de infecciones respiratorias agudas producto de cambios climáticos y una vivienda inadecuada (Op cit; 1998).

Los servicios institucionales de atención a la salud en la región

Acerca de la cobertura de los servicios para la salud, desde 1976 el hospital regional de Comitán había comenzado a crear "casas de salud" en algunas comunidades del municipio de Las Margaritas. Posteriormente y a partir de esa experiencia se desarrolló el programa de medicina comunitaria "Plan de la Selva" en 1980 por parte de los Servicios Coordinados en el Estado en coordinación con el Instituto Politécnico Nacional y a través del Hospital de Comitán (IPN; 1989; Pp. 1-10). "La asistencia médica brindada por este programa fue para la mayoría de la población, su primera posibilidad de acceso a un servicio asistencial, no sólo desde su llegada a la selva, sino desde que vivía en sus lugares de origen" (Arana. G., M, 1991; p. 251). Sin embargo dicho plan se ubicó en la zona fronteriza de la selva de Las Margaritas mientras que la zona central de la selva permaneció de hecho sin servicios.

Es en 1981 cuando se inicia la construcción de unidades médicas en la selva por parte del IMSS-Coplamar, en un estado cuya población carecía mayoritariamente de servicios médicos, lo cual coincidió también con la llegada de los refugiados guatemaltecos. No obstante la importancia de esta acción gubernamental, en los hechos su impacto se vio limitado puesto que como reconoce el trabajo de Arana, muchas de esas unidades se mantuvieron cerradas (Op cit, p. 251).

Actualmente según el Programa de Desarrollo de la Región Fronteriza 1995-2000 existen en la misma 115 unidades médicas, la mayoría de IMSS-Solidaridad seguida a bastante distancia por las unidades de la SSA, que prestan la mayor cobertura regional. El municipio de Comitán es el que mayor número de instituciones de salud tiene, contando además con un hospital general de segundo nivel que es el que usualmente ha atendido a la población campesina, aún más allá de la región fronteriza. El documento menciona que el municipio que más problemas tiene es el de Las Margaritas, pues cuenta sólo con 28 instituciones de salud, de las cuales 18 son de consulta externa y una de consulta especializada para atender a su dispersa población. No señala cuántas son del IMSS-Solidaridad y cuántas son de la SSA (COPLADE Chiapas. 1995; p 33).

Por otro lado la información generada en el diagnóstico realizado por los promotores de salud y personal de ONG's, refiere que en la zona selvática de la frontera de Las Margaritas existen aproximadamente 20 unidades médicas. De ellas 18 serían del IMSS y 2 de la SSA, mientras que los casos de urgencia son referidos al hospital general de Comitán (Tierra y Libertad; 1990). Según dicha información y la del documento antes citado, al parecer la mayor parte de las unidades médicas se localizan en la zona fronteriza de las Margaritas, contrastando con la insuficiencia de ellas en el resto de la selva del mismo municipio. De ser esto así, ello quizá tiene su explicación en la llegada de los refugiados, puesto que a nivel internacional estaban puestos los ojos sobre el apoyo dado por el gobierno mexicano a esa zona, como ya ha sido mencionado antes.

Según podría deducirse de lo anterior, los servicios para la atención a la salud han sido distribuidos con fines políticos y no de acuerdo a las necesidades de la población en el total del territorio de Las Margaritas. Ello explicaría en parte la experiencia vivida hace más de diez años, esto es, la percepción de que las unidades médicas en la parte central de la selva estarían demasiado dispersas para atender al total de la población. Tales instalaciones se encontraban a veces cerradas, sin médico o sólo con un técnico y con escaso medicamento, lo que daba como resultado que las familias campesinas prefirieran salir a buscar atención médica a Las Margaritas o directamente a Comitán, puesto que acudir a una clínica en la selva significaba caminar varias horas para no encontrar servicio.

A más de diez años de distancia y a la luz de los acontecimientos actuales *no es* posible dejar de mencionar, que Chiapas es aún uno de los estados con *peores* condiciones para afrontar las necesidades de salud de la población. De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud, "para 1993 el estado de Chiapas tenía el menor número de médicos, enfermeras, camas censables y quirófanos por cien mil habitantes; también registró el menor número de consultas generales, odontológicas y de estudios de rayos X por cien mil habitantes, a la vez que fue el segundo estado con menor número de odontólogos, trabajadores para la salud y estudios de laboratorio por cien mil. De *igual* manera, el gasto en salud per cápita a nivel nacional fue de N\$ 364.13 y en Chiapas fue de N\$ 192.9, es decir 1.9 veces menor" (Sánchez, Pérez. P.J; 1995; Pp. 68-69). A pesar de todo, la situación tal vez se modifique en algo ahora que el gobierno federal requiere mediatizar las demandas de los campesinos rebeldes, como es el caso de la pequeña clínica-hospital que se ubicará en Amparo Aguatinta.

Mientras tanto, en la lógica de la guerra y en lo que corre de 1998, hay ya 36,500 soldados en la Selva Lacandona cuya población civil se estima en 300 mil. Es decir hay un soldado por cada 8 personas (Ramírez, C.J; 25 de enero de 1998; p. 9). Es imposible no preguntarse ¿cuánto cuesta mantener un ejército de ocupación en Chiapas?; ¿cuánto gasta en alimentación al día un soldado que invade las tierras ejidales?; puesto que el *gasto* en alimentación per cápita al día en uno de los estados en peor condición a nivel *nacional* como es Chiapas, es de tan sólo de \$3.12 (Perfil de La Jornada; 22 de julio de 1997; p. V).

Una de las explicaciones que aparecen para la carencia de servicios en el municipio según el Plan de Desarrollo de la Región Fronteriza 1993-2000, es la dispersión poblacional que presenta debido a la gran extensión territorial que posee, que es de un 44.70% con respecto al total de la región fronteriza. A este respecto Las

Margaritas tiene una densidad de población de las más bajas con 15.26 habitantes por kilómetro cuadrado.

Sin embargo haciendo un recuento, la colonización hacia los terrenos nacionales de la Selva Lacandona y hacia su zona fronteriza por población campesina indígena, obedeció a la necesidad del Estado mexicano de quitar presión sobre la tierra y disminuir la aguda conflictividad agraria. Si bien la importante reforma agraria cardenista no afectó la totalidad de los latifundios, había logrado la afectación de algunas fincas, para el caso específico, en la región tojolabal de Las Margaritas y Comitán y en la región de Los Altos. El reparto sin embargo fue realizado sobre las tierras menos productivas mismas que con el paso del tiempo se fueron tornando insuficientes. La existencia de tierras vírgenes en zonas de difícil acceso como en la selva, permitió canalizar durante los gobiernos posteriores la demanda campesina, sin afectar las grandes extensiones sobre las que se ha sustentado el desarrollo de la economía chiapaneca y a la vez el desarrollo nacional. Así la explicación que aparece en el Plan de Desarrollo de la Región Fronteriza 1995-2000 acerca de la carencia de servicios, a pesar de ser cierta es engañosa, puesto que el problema tiene su origen en el sometimiento histórico y despojo de que han sido objeto hasta nuestros días los pueblos indígenas.

Acerca del desarrollo.

Como es evidente, el desarrollo económico en Chiapas poco o nada ha tenido que ver con la generación de mejores condiciones de vida para la población campesina, en particular la indígena, la cual ha visto reproducida en términos generales su marginación. El que no participaran de los beneficios del llamado desarrollo sin embargo, no ha significado que no hayan aportado a él, como ya lo hacía notar el concepto de marginación empleado en la investigación llevada a cabo por Coplamar desde fines de la década de los 70. Tal concepto utilizado para "caracterizar aquellos grupos que han quedado al margen de los beneficios del desarrollo nacional y de los beneficios de la riqueza generada, pero no necesariamente al margen de la generación de esa riqueza ni mucho menos de las condiciones que la hacen posible", rechazaba claramente aquel enfoque de que los grupos y regiones marginadas no sólo no contribuían al desarrollo sino que incluso eran una limitante de éste (Coplamar; 1989; p. 22)

El hecho de que la población marginada habite regiones de ecología adversa, como lo menciona el documento de Coplamar, es producto de un largo proceso histórico en el cual esa población ha sido despojada de las mejores tierras. Explícitamente señala que "la población indígena, por regla general, ha padecido procesos de expulsión de las tierras en que vivieron su antepasados y se ha remontado a lo que se ha llegado a llamar regiones de refugio, hasta donde también llegan, causando cada vez mayor impacto las llamadas fronteras de la civilización". Reconoce por lo tanto que "la insatisfacción de las necesidades esenciales en México es menos un resultado del bajo nivel de productividad que de la concentración de la riqueza social prevaleciente" como luego veremos (Op cit: p. 22).

ACERCA DE LA GENERACIÓN DE RIQUEZA Y SUS DIFICULTADES

La producción en Chiapas.

Actualmente el sector rural continúa siendo eje de la dinámica económica en el estado de Chiapas, pues la mayor parte de la población económicamente activa se encuentra dedicada a la actividades agropecuarias. El sector se compone fundamentalmente de tres actividades: el cultivo de maíz, de café y la ganadería bovina.

Según datos de Ma del Carmen García y Daniel Villafuerte en el conjunto de la agricultura chiapaneca el maíz ocupa el primer lugar con 870 mil hectáreas que representan el 63% de la superficie total cosechada, involucrando 290 mil productores que generan 24 millones de jornales. Del total de productores 175 mil cultivan menos de 5 hectáreas, de los cuales 75 mil son indígenas, que en conjunto siembran 410 mil hectáreas. El segundo cultivo en importancia es el café con algo más de 243 mil hectáreas y cerca de 83 mil productores en su mayoría minifundistas. Es una de las actividades que más jornales requiere destacando el flujo de mano de obra predominantemente guatemalteca cuya cifra oscila entre 40 mil y 70 mil trabajadores al año. Aunado a lo anterior "la ganadería bovina ocupa alrededor de 3 millones de hectáreas, es básicamente extensiva con bajos niveles de producción y productividad" (García, A. Ma. del Carmen. y Villafuerte, D; 1998; p 348)

A su vez un diagnóstico de la cafeticultura en el estado de Chiapas desde 1990, mencionaba que siete cultivos ocupaban el 97% de la superficie agrícola en explotación. Destacaban el maíz con el 65.7% (726, 241 ha); el café con el 15% (168, 139 ha.); el frijol con el 7.8% (88,753 ha.). El resto de la superficie la ocupaban el cacao, soya, caña de azúcar y plátano con el 8.5%. De los anteriores, tan sólo los tres primeros productos juntos concentraban el 88% del total de la superficie de uso agrícola. No obstante que el café ocupaba en esa fecha apenas un 15%, era desde entonces como aún lo es hoy determinante para la economía del estado y del país¹, pero sobre todo para la sobrevivencia de las familias campesinas. (Márquez, R. Conrado. y Luna, L. Jorge. V. P; 1990; p. 18).

En 1988 el sector social de la cafeticultura abarcaba 70, 563 productores, un 98%, con 165, 859 hectáreas que representaba el 77.3%. La mayoría eran ejidatarios y comuneros, en realidad pequeños productores con menos de 3 hectáreas cultivadas, pues pocos tenían hasta 10 hectáreas. En contraste, el sector empresarial lo constituían 1, 458 grandes productores que representaba un 2% con 48, 611 hectáreas que ocupaban el 22.7%. Sin embargo por el volumen de la producción, el sector social ha sido el más importante pues ha generado según esos datos, hasta el 74.8 % del grano, mientras que el sector empresarial bajo un sistema eminentemente capitalista produjo un 25.2% (Op cit; p. 21, 22).

Según un documento del Instituto Nacional Indigenista (INI), la actividad cafetalera se desarrollaba entonces en 1, 188 localidades dispersas de 73 municipios chiapanecos. El 60% del total de regiones que se dedicaban a ese cultivo era asiento de

¹ Hasta 1989, el café era el tercer generador de divisas después del petróleo y el turismo, y México ocupaba el cuarto lugar como exportador mundial. Luego de Brasil, Colombia e Indonesia, y el segundo en su variedad arábica (Paz, P. Lorena; 1995; p.80).

población indígena, es decir que en la mayoría de los municipios cafetaleros se hablaba alguna lengua además del español (INI; 1990). Es importante insistir, que a pesar de la riqueza que dichas regiones han generado, han sido ellas precisamente las más marginadas de los beneficios del llamado desarrollo.

La región fronteriza de Las Margaritas.

Acerca de la información de Márquez y Luna que corresponde a los datos proporcionados por SPP-INEGI 1989, la Región III Fronteriza contaba en 1988 con 4,884 productores de café que cultivaban una superficie de 11,730 hectáreas. En promedio 2 hectáreas por productor, cuyo rendimiento era de aproximadamente menos de 12 quintales² por cada una. En ese año la producción generada en la región correspondió a 138,792 quintales, la que tuvo un valor de \$ 26,002 pesos de aquel tiempo (Op cit; p 34). Según dichos autores, las tierras usadas para el cultivo del café por parte de los pequeños productores son marginales pues se ubican principalmente en terrenos accidentados, además de que carecen de vías de comunicación para sacar el grano (Op cit; p. 38).

Específicamente al municipio oficial de Las Margaritas, correspondió en 1990 el 51.2% de la superficie sembrada de café, fenómeno que se atribuye sobre todo a la fuerza de trabajo guatemalteca que llegara en la década de los 80, misma que fortaleció a la agricultura ejidal (Martínez Velazco, Germán; 1994; p. 146). Para los años siguientes de acuerdo a los Resultados Definitivos del VII Censo Agrícola-Ganadero del INEGI 1994, sólo el municipio tenía una superficie total dedicada al cultivo del café de 14 426.883 hectáreas, cuya producción desarrollada principalmente en terrenos ejidales fue de 28 642.907 toneladas, volumen mayor que el de cualquiera de los municipios que conforman la llamada región fronteriza (INEGI; 1994; Pp. 430-450). Según dicha fuente de información, la mayor parte de los predios destinados a la cafecultura en Las Margaritas sobrepasarían las 5 hectáreas, lo que sería contradictorio con los datos que proporciona Márquez y Luna

En general el sector social se ha enfrentado al escaso apoyo institucional el cual ha provenido principalmente del INI, y del INMECAFE hasta fines de la década de los 90. Puesto que no cuentan con programas de apoyo integral a la cafecultura, los pequeños productores se han visto imposibilitados para acceder a la asistencia técnica y al financiamiento que ha sido su principal problema, mismo que cuando por fin es obtenido se ha caracterizado por ser escaso e inoportuno (Márquez, R. Conrado. Luna, L. Jorge. V. P; 1990; p 82).

Al bajo rendimiento de la cosecha y a la dificultad para sacar hasta la ciudad su producto debido a que viven en regiones de difícil acceso, se agrega el problema de la comercialización, el cual se lleva a cabo en un intercambio desigual con la sociedad mestiza. Esto ha significado de manera simple, que el campesino individual ante la necesidad, puede vender al comerciante un kg de su café por un kg. de maíz o recibe de la venta de su producto por parte del acaparador local, diversas mercancías pero no

² "Datos de INMECAFE. Agosto 1991. Un quintal de café verde para exportar equivale a 46 Kg; la medida internacional es la libra equivalente a 0.456 Kg. de donde las 100 libras se equiparan a los 45.6 Kg; los sacos de 60 Kg son una conversión estadística, en realidad estos sacos son de 69 Kg y equivalen a 1.5 quintales" (Paz, P. Lorena; 1995; p. 83).

dinero. Puede suceder también que venda anticipadamente a bajo precio al coyote, en el momento del ciclo agrícola en que no dispone de recursos o, peor aún, pues a veces a cambio de mercancías, insumos o dinero en efectivo, se compromete con el comerciante agiotista a pagarle más adelante con su café al "premio", es decir con intereses que siempre son altos (Op. cit: p 46).

Mientras tanto su producto ha beneficiado a los diferentes intermediarios y a fin de cuentas al gran capital: desde el comerciante y acaparador local, quienes venden el grano a otros con más capacidad o a empresas privadas nacionales como Café Zardain, hasta aquellas empresas transnacionales como Omnicafé, la cual cuenta con oficinas y centro de acopio en la ciudad de Comitán.

Así la economía de los cafeticultores campesinos se ha reproducido en lo inmediato, en condiciones de seguir siendo explotada al transferir durante la relación comercial un excedente al capital que perpetúa sus condiciones internas de producción, pues el campesino imposibilitado para acumular, continuará vendiendo su fuerza de trabajo cristalizada en productos muy por debajo de su valor. Pero la economía campesina regional también es explotada en forma mediata, pues no hay una política agropecuaria estatal que impulse en su beneficio una infraestructura caminera, ni le proporcione apoyo en tecnología, créditos, insumos y bienes de consumo que disminuyan el costo de su producción³.

La producción y comercialización del café.

Ya desde el Congreso Indígena de 1974, impulsado durante el gobierno de Velasco Suárez en un momento de cierta apertura política a nivel nacional y estatal, las diferentes etnias habían denunciado los abusos a que se veían sometidas en el comercio de sus productos, y habían demandado un trato respetuoso y un precio justo en la "compraventa". Exigían "que el INMECAFE no se venda a los acaparadores, que compre con precios de garantía con el representante elegido por la comunidad" y pedían tiendas CONASUPO en los ejidos, surtidas con productos de primera necesidad (Primer Congreso Indígena; 1974; Pp. 32-36). Desde dicho congreso, los pueblos indígenas vieron la necesidad de organizarse para enfrentar sus problemas, acontecimiento que como catalizador fue el comienzo de la conformación de diferentes organizaciones, uno de cuyos ejes además de la tierra fue la comercialización del café. Había sido propicio para ello la coyuntura de los 70, caracterizada por el ascenso a nivel nacional de los movimientos campesinos y por una política echeverrista, que decía tener un "corte populista".

En la década citada, con el fin de obtener más divisas, el Estado impulsó una política de apoyo "integral" a la cafeticultura del sector social, la cual había estado fuertemente intervenida por acaparadores, intermediarios y el capital privado regional

³ El proyecto modernizador de la agricultura seguido por el Estado desde los 40 para impulsar el modelo industrial de sustitución de importaciones, dio lugar a un desarrollo desigual, esto es, a la concentración de los medios de producción, del progreso técnico y del ingreso rural en manos de un sector de agricultores capitalistas al excluir de sus beneficios a la agricultura campesina, que se quedó con escasos medios de producción y bajos niveles de productividad e ingresos. Lo anterior se manifestó a nivel regional de modo que en el norte del país imperó una agricultura capitalista, mientras en el sur predominó la agricultura de plantación de café, plátano y la agricultura campesina para autoconsumo. Aun dentro de los mismos estados se dio similar fenómeno de concentración de la inversión y de polarización social, del cual Chiapas es también un ejemplo (Espinoza, C. Luz M: 1995; Pp.13-30).

que controlaba la producción, el beneficio y la comercialización del grano. Así el INMECAFE empezó a financiar a los pequeños productores, a dar asistencia técnica; abrió centros de acopio "en el corazón mismo de las regiones productoras" y se encargó de beneficiar y comercializar el grano de los campesinos. A través de esa política intervencionista y estatizadora consiguió fijar precios internos presionando al alza a los acaparadores y controló la distribución de las cuotas de exportación. (Paz, P. Lorena; 1995; Pp. 79-83).

Como consecuencia de la puesta en marcha de dicha política y a pesar de sus deficiencias, la cafeticultura se expandió aun a las zonas marginales poco favorables al cultivo del grano. Para 1977 el INMECAFE ya agrupaba al 75.7% de los productores del país, mientras que en Chiapas el 82.1% de los pequeños y medianos productores estaban organizados en las Unidades Económicas de Producción y Comercialización (UEPC), figuras asociativas promovidas por aquel (Paz; S. M. F; 1989; p. 101). En la selva fronteriza de Las Margaritas los técnicos del instituto habían llegado desde 1973, con un programa de apoyo a la producción y comercialización del grano. Los ejidatarios fueron atraídos por la oferta de ayuda técnica acerca del control de plagas como la roya y la broca, pero sobre todo por la promesa de pago del remanente lo que diferenciaba a una empresa del Estado como compradora frente a los ofrecimientos de los acaparadores privados (Op. Cit; p. 102).

A comienzos de la década de los 80, durante el gobierno de Juan Sabines, tuvo lugar la formación de la Unión de Uniones que se extendió sobre 11 municipios, uno de los cuales era Las Margaritas. Puesto que era la segunda organización más importante en el estado después de la CNC y además se ubicaba fuera del control oficial, al mes de constituida "logró un convenio con el INMECAFE en condiciones muy favorables". Dicho convenio fue renovado anualmente y consiguió que los productores tuvieran acceso a la costalera para el grano, el pago de preliquidación inmediata, el pago del 50% del flete aéreo, pago del 100% del flete terrestre, fertilizante a cuenta de cosecha y otros. "Las ventajas que ofrecía el INMECAFE provocaron que se llegara a comercializar con el instituto un 80% de la producción. En el ciclo 82-83 se entregaron alrededor de 11 mil quintales" (Pérez, A. F; 1991; p. 69, 70).

En la zona central de la selva de Las Margaritas y como parte de aquel mismo proceso se había constituido en 1978 alrededor de la comercialización del café, la Unión de Ejidos Tierra y Libertad (Op. cit; p. 69). Esta luchaba entre otras cosas, por su reconocimiento legal con el fin de obtener créditos para mejorar los cafetales de los socios (mimeo. sin fecha). Fue aproximadamente en 1983 que se constituyó como la Unión de Ejidos de la Selva como ahora se conoce, la cual logró expandirse sobre esa región para posteriormente disminuir el número de sus comunidades afiliadas, anterior al retiro y desincorporación del INMECAFE en 1990. Mientras tanto la selva fronteriza de Las Margaritas alejada de aquella experiencia organizativa siguió otro camino.

El cultivo del café en la región fronteriza de las Margaritas.

Los nuevos pobladores que procedían de Los Altos conocían el cultivo del café, pues habían trabajado como jornaleros en las fincas cafetaleras del Soconusco y la Sierra. También habían aprendido a cultivarlo en los ejidos más antiguos como

Tziscão, en el cercano municipio de Trinitaria, así como en fincas de La Independencia. Al asentarse en la nueva región muchos de ellos tenían como objetivo cultivar cafetales, “pues en los lugares donde trabajaban como jornaleros el café dejaba ganancias”. Sin embargo la producción cafetalera no se inició desde los primeros ciclos de los nuevos asentamientos (Acevedo, 1991; p. 161).

Puesto que la población que migró no contaba con ningún apoyo, sólo con su fuerza de trabajo, en los primeros ciclos se dedicaron a producir cultivos de granos básicos como maíz y frijol. Los nuevos colonos además de trabajar en el desmonte de sus tierras, salían a trabajar a las primeras colonias, fincas o aún dentro de su mismo ejido, además de que practicaban el sistema de trabajo mano-vuelta⁴ o el trabajo a cambio de alimentos (Op. cit; 1991; pp. 153, 154).

“Los colonos más nuevos trabajaban en las milpas de los colonos más antiguos. El pago era en especie, con maíz. Por un lado, con su trabajo los nuevos colonos obtenían alimentos hasta que su parcela empezara a producir, y por otro los contratantes al contar con mano de obra producían más maíz y podían contratar más trabajadores para emplearlos para el café, así unos lograron apropiarse de más tierras que otros. Los primeros y los que a su llegada contaban con recursos pudieron acaparar más tierra, asegurarse las mejores y comprar ganado” (Op cit; p. 149). Según la información de Acevedo esto último ocurrió sobre todo en el caso de los mestizos migrantes, puesto que los indígenas contaban con mucho menos recursos cuando migraron (Op cit; p. 152).

Una vez ya establecidos, los colonos continuaron saliendo a trabajar hasta que su parcela iniciaba la producción de café, para lo cual contaron únicamente con su propio trabajo. Con el cultivo del grano comenzaron a invertir todo el esfuerzo familiar en el propio cafetal y más adelante, cuando la producción creció, tuvieron que contratar además algunos trabajadores de otros ejidos, a su vez nuevos colonos o trabajadores de lugares más lejanos (Op Cit; p. 163). Paz recoge el siguiente testimonio al respecto “Al principio entre nosotros nos ayudábamos, entre puros ejidatarios: hombres, mujeres y niños ayudábamos porque no todos sembrábamos café, pero ya más después, cuando ya todos los ejidatarios sembrábamos y se empezaron a desarrollar los cafetales, entonces ahí se empezó a sufrir por los trabajadores, ya nadie podía ayudar, entonces teníamos que salir a buscar nuestros trabajadores fuera, en otro lugar. Así fue como nos empezamos a ir en nuestros parajes de tierra fría a llamar a nuestra familia o a otros compañeros que quisieran venir a trabajar aquí porque ya se estaban cayendo las frutas de los cafetales” (Paz, S. F; 1989; p. 107).

⁴ “El sistema mano vuelta consiste en el intercambio de trabajo entre familiares o conocidos, una vez que se han cubierto los requerimientos de la propia parcela a cambio de una cantidad de trabajo medida por tareas”. Según Acevedo sólo funciona para cultivos de subsistencia, pues cuando hay un cultivo comercial como el café que deja alguna ganancia se contratan trabajadores (Acevedo; 1990; p. 153).

Los guatemaltecos que cruzaban la frontera en busca de trabajo también fueron otra fuente importante de mano de obra. “El pago era en especie porque los guatemaltecos no tenían maíz y los colonos no contaban con dinero para pagarles” (Op cit; p. 153). Como ya se indicó, en la década de los 80 cuando llegaron a vivir en la región como refugiados y por lo tanto como demandantes permanentes de trabajo, su

situación política forzada condicionó el que recibieran un salario más bajo, puesto que los ejidatarios argumentaban que se les había dado un lugar para vivir dentro de las parcelas o sitios, además de leña y agua (Op cit; p 163)

A pesar de los argumentos que hubiera en contra acerca de su permanencia, lo cierto fue que la llegada de los refugiados guatemaltecos propició la expansión del área cafetalera en la selva fronteriza de Las Margaritas, ya que eran una fuente de mano de obra abundante, cautiva y barata (Ibidem). Como dice un testimonio “ya más despuesito llegaron los refugiados, entonces hasta ahí dejamos de buscar nuestros trabajadores en tierra fría, allí empezaron a ayudarnos a cada quien a levantar la cosecha; entonces hasta nos dio gusto que llegaran porque nosotros necesitábamos mucha ayuda, porque si no cortamos el café, de balde es que tengamos una o dos hectáreas sembradas, así de adorno no sirve por eso necesitamos nuestros trabajadores” (Paz, S. F; 1989; p. 109).

Puesto que no había carretera ni todos tenían posibilidades de salir, el café era vendido a personas del mismo ejido, que contaban con recursos para acopiarlo. Estos intermediarios locales transportaban el grano en mulas hasta Montebello y luego hasta Comitán en un viaje que duraba varios días. Una vez que llegó la carretera los centros de acopio se ubicaron en aquellas comunidades al pie de la misma, casi siempre en el último punto hasta donde aquella llegaba. Con la carretera comenzaron a llegar intermediarios con mayor capacidad que les “ahorraban” a los pequeños productores los gastos del transporte de su producto (Op. cit; p. 164).

Es interesante señalar que la contratación de fuerza de trabajo, respondía a las mismas necesidades del cultivo del café una vez que era rebasada la capacidad familiar, lo cual no implicó capitalización para la mayoría de los pequeños productores, que generalmente contaban con pocas hectáreas, además de no tener acceso a alguna ayuda técnica y muy escaso o ningún financiamiento. Sin embargo en la zona fronteriza de Las Margaritas, tanto Acevedo como Paz, hacen alusión a un proceso de diferenciación interna ocurrido entre los ejidatarios. La primera menciona que el fenómeno tuvo lugar, desde el momento que algunos ejidatarios se apropiaron de más tierras y pudieron tener recursos para comprar la producción, además de medios para transportarla. La última de manera similar, menciona que la especialización agrícola en un cultivo comercial como el café, a través del acceso a la tierra en el proceso de colonización, operó ciertos cambios en las relaciones de producción de los migrantes. Específicamente se refiere a algunos ejidatarios de Nuevo Huixtán y Nuevo San Juan Chamula que han operado como los coyotes internos en la región (Acevedo; 1991; p 165) (Paz, S. F; 1989; p. 105).

Paz misma menciona que para la mayoría de los pequeños productores de la zona, organizados o no, es prácticamente imposible la capitalización pues el dinero obtenido por la venta del café se destina sobre todo a satisfacer sus necesidades inmediatas; la compra de maíz, jabón, ropa, calzado, medicinas, etc., además del pago a los pocos trabajadores eventuales contratados en la cosecha (Paz, S. F; p. 104). Cuando aún permanecían en sus lugares de origen se vinculaban al capital como campesinos “pobres-semiproletarios”, pues dejando su exigua parcela de maíz para la subsistencia partían a las fincas del Soconusco u otras. Ahora como pequeños productores directos no dejaban de vincularse al capital en una relación de clara desventaja, aun aquellos que ya capitalizados y ahora como intermediarios locales, se enfrentaban a las grandes empresas productoras y agroexportadoras (Op cit; p. 105).

En esa relación desigual, los pequeños cafecultores podían vender con los diferentes intermediarios o al INMECAFE, el cual proporcionaba algunos apoyos a la producción como los fertilizantes. La venta del café con este último tenía además la ventaja relativa de obtener el pago de un remanente posterior, lo que lo hacía más atractivo que el precio fijo pagado por los privados. Lo anterior sin embargo funcionó hasta los primeros años de los 80, pues a pesar de la "política integral a la cafecultura del sector social", más adelante sucedió que el fertilizante llegaba muy tarde o aún el remanente no era pagado, lo que ocasionó que el productor continuara vendiendo a los acaparadores.

En la selva fronteriza de Las Margaritas como ya fue mencionado, no se dio el mismo proceso organizativo en torno al café que se dio en su parte central con la Unión de Ejidos de la Selva, esto es, las ventajas en la comercialización y flete concertadas con el INMECAFE en esos años. Al parecer sólo en la parte norte de la zona citada, algunas comunidades habrían solicitado tiendas CONASUPO a través de la Unión de La Selva, lo que revela cierta presencia de la misma (Del Rosario, R.G. García, S. M; 1987)

Acercas de otras experiencias organizativas en la zona fronteriza, Paz menciona a mediados de los años 80 la de la "Cooperativa Lucha y Nuevo León", la cual terminó con deudas con el BANRURAL e INMECAFE a causa del fraude cometido por el presidente de la organización, e incluso perdió el registro de exportación. Por su parte Acevedo menciona el caso de la Unión de Ejidos "Maravilla Tenejapa", que aunque tenía el objetivo de exportar el grano, se vio imposibilitada de hacerlo debido a que en esa región no se produce café de calidad (Paz, S. F; 1989; p. 103) (Acevedo; 1991; p. 166).

El ganado, el maíz, la crisis del café y algunos caminos alternos.

El ganado fue introducido por los campesinos de la zona en el momento en que aún se obtenían buenos precios por el cultivo del café. Como resultado de lo anterior los potreros fueron sustituyendo las superficies destinadas a la producción de maíz, los cuales podían ser usados individualmente, por socios o de modo comunal. El ganado era vendido también a los rancheros de la misma región, o igual que en el caso del café a los acaparadores, con la misma característica de intercambio comercial desigual. Es importante mencionar que aunque la ganadería fue promovida por el Banco Mundial, los campesinos no recibieron capacitación de parte de institución alguna ni apoyo en créditos por parte de algún programa de gobierno, antes bien la inversión corrió por su cuenta y riesgo (Acevedo; 1991; p. 168,169). Es importante mencionar que por el contrario, la política agropecuaria estatal como federal siempre favoreció a los ganaderos tanto en créditos, certificados de inafectabilidad, leyes propicias para el desarrollo de la actividad, subsidios, etc., como aun facilitando el tener guardias blancas para su defensa en los ranchos (Fernández. Ortiz.L.M. García, Aguilar, M.C; 1994; Pp. 29-40)

Pero la posibilidad de tener mejores condiciones de vida y aun de acumular en algún grado, se modificó a fines de la década de los 80. Acorde con los vientos neoliberales en el mundo, el rompimiento de los acuerdos económicos de la

Organización Internacional del Café (OIC) en julio de 1989, acabó con el control de la oferta mundial del grano el cual inundó el mercado y provocó un abrupto desplome de los precios que tuvo consecuencias para todos los países productores. Como parte de los cambios que la liberalización traería en el campo mexicano, el INMECAFE puso a la venta beneficios, bodegas y su filiales de torrefacción (CAFEMEX) y de producción de maquinaria (DICAMEX), suspendió drásticamente el financiamiento y las compras acopiando una mínima parte de la producción nacional, situación que dejó a los productores marginales a expensas de intermediarios y grandes compradores transnacionales (Paz, P. Lorena; 1995; p. 85)

En el mismo año el precio del café en la zona fronteriza pasó de \$ 3,700 a \$ 800 según refiere Acevedo, la mayoría de los ejidatarios que casi se habían convertido en monoprodutores del grano, tuvieron que vender su ganado para pagar las deudas contraídas por los créditos de INMECAFE. No podían dejar de producir lo que tantos años y esfuerzo les había costado, y por otro lado la venta de ganado tampoco era una alternativa. La opción que aparecía más viable entonces, era la de continuar produciendo maíz en los terrenos en que se pudiera, pues los que habían sido transformados en potreros fueron abandonados o desaprovechados (Acevedo; 1991; p. 169).

Por su parte el maíz ocupaba en cuanto a superficie y producción para 1990, el segundo lugar en importancia después del café o el ganado. Puesto que la tierra había perdido en todos esos años su fertilidad, al parecer la producción se caracterizaba por sus bajos rendimientos y por lo tanto sólo satisfacía las necesidades del consumo familiar (Ibidem). A pesar de todo Acevedo menciona la existencia de divergencias respecto a este punto, pues mientras el Fideicomiso de la Selva Lacandona, refiere que el uso del suelo en la selva fronteriza de Las Margaritas está en función de las necesidades de comercialización, y se ha caracterizado aun por exportar maíz a otras regiones del estado, para otros autores el uso del suelo primordialmente no se orienta hacia el mercado sino al autoconsumo (Op cit; p 157). Arana menciona que a la llegada de los refugiados guatemaltecos las autoridades responsables de suministrarles alimento, se encargaron de promover en 1984 una mayor producción de ese grano básico a nivel de la zona, lo cual tenía la finalidad de disminuir los costos de transporte hacia los lugares más alejados donde se encontraban los campamentos. Los ejidatarios mexicanos por su parte afrontaron la demanda contratando a los mismos refugiados en las labores agrícolas, lo que dio como resultado que la cosecha aumentara "en casi un mil por ciento", sin embargo la falta de capacidad de almacenamiento dio como resultado que un porcentaje elevado del producto se perdiera (Arana, M; 1991; p. 257). A pesar de todo para 1994, según señalan los Resultados Definitivos del VII Censo Agrícola y Ganadero de Chiapas de ese año, el municipio era el tercer productor de maíz con respecto a la región fronteriza, cultivo que se lleva a cabo básicamente en terrenos ejidales de hasta 5 hectáreas (INEGI; 1994; p. 312)

Pero la cafeticultura sigue siendo estratégica para la sobrevivencia de los campesinos de Las Margaritas y su familias, no obstante que el mercado internacional de café continúe operando a la libre demanda y aun con el retiro de la intervención estatal que los ha dejado descobijados por ser productores marginales. A la desincorporación de INMECAFE el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL), creado para paliar la pobreza que generaban las políticas neoliberales, fue el encargado de administrar recursos para apoyar a los pequeños cafeticultores con "créditos a la

palabra" a pesar de lo cual los productores vieron disminuir su ingreso. Ya no había más una política intervencionista y estatizadora de apoyo "integral" a la cafecultura del sector social, que aunque con fallas, hiciera contrapeso al capital monopólico (Paz, P. Lorena; 1995; Pp. 87-94).

No obstante ese contexto desfavorable y con el fin de retener los excedentes generados, algunas de las organizaciones de pequeños productores de la región III fronteriza enfrentaron a principios de los 90, el reto de integrar a la producción los procesos de transformación y comercialización. Con apoyo del Programa Mundial de Alimentos (PMA) adquirieron un beneficio seco de café en Comitán cuya capacidad se ha calculado en una entrada del grano de 65, 559 quintales. Los fondos del Programa Nacional de Solidaridad través del Centro Coordinador Indigenista Tojolabal en Las Margaritas, permitirían acopiar una parte del producto. Es así que en abril de 1990 la confluencia de diversas organizaciones dio lugar a la "Unión de Productores de Café de la Frontera Sur, S. C" (UNCAFESUR) que agrupaba a la Unión de Ejidos de La Selva, La Unión de Ejidos Maravilla Tenejapa, Agrupación Nuevo San Juan Chamula, San Mateo El Zapotal, Colpumali procedentes de la selva de Las Margaritas, además de organizaciones de otros municipios de la región (UNCAFESUR; 1990).

La experiencia de UNCAFESUR se constituyó como una importante y novedosa respuesta ante la crisis del sector, "iniciando una estrategia de trabajo y control integral del proceso cafetalero: los aspectos técnicos y sociales de la producción primaria, con un fuerte impulso a la producción de café orgánico; la transformación agroindustrial, contando para ello con un beneficio seco; y los aspectos de acopio y comercialización". Como menciona Ma. Del Carmen García y Daniel Villafuerte, dicho proyecto organizativo se propuso "superar la racionalidad autoconsuntiva de la economía campesina e indígena por la racionalidad de la economía de mercado que es la que rige el éxito o fracaso de sus esfuerzos productivos" (García, Ma. Del Carmen y Villafuerte. D; 1995; p. 362). A pesar de todo y sin restar mérito a una experiencia como la anterior, es importante enfatizar que no es generalizable a todos los pequeños productores de Las Margaritas y menos del estado, además de que "recursos importantes como los dirigidos a la cafecultura del programa INI-Solidaridad, no compensaron la caída de los precios de los últimos años, ni las consecuencias de otros programas de apoyo gubernamentales" (Moguel, J; 1994; p. 17).

No se puede negar que las condiciones de vida de los pobladores que migraron a la selva han mejorado en relación a las que tenían cuando vivían en sus antiguos asentamientos. Arana menciona que si bien el estado de nutrición en las poblaciones de la selva no es bueno, sí es mejor que las que éstas tenían en Los Altos, como lo ha constatado el Instituto Nacional de Nutrición (Arana, M; 1991; p. 249). Sin embargo también es verdad que el nivel de vida alcanzado en las décadas anteriores ha venido a menos al comenzar la década de los 90, como ya ha sido mencionado, y que por lo tanto la tendencia a la marginación se mantiene en lo fundamental.

Así como el Plan Chiapas de principios de los 80 no pudo mejorar la calidad de vida de los marginados del campo y la ciudad, tampoco el PRONASOL como la instrumentación de la política de combate a la pobreza de los años recientes, logro siquiera contener el descontento social generado por las políticas neoliberales. El impacto de sus recursos fue sobre todo local y quizá cuando mucho regional. Sus 39

centavos por día por pobre, según lo ejercido entre 1989 y 1992 para el estado no podían evitar que la reproducción biológica y social de amplios sectores sociales, sobre todo en el caso de los indígenas, fuera en decremento. Como menciona Moguel el levantamiento del ejercito campesino de 1994 en uno de los estado que mayores recursos había recibido del PRONASOL, cuestiona justamente la política de combate a la pobreza y por lo tanto la política económica del nuevo liberalismo de los últimos años, excluyente y más generadora de marginación (Moguel, J; 1994; Pp. 12-20).

ACERCA DE LOS PROMOTORES DE SALUD.

La resolución de los problemas de enfermedad en la selva de Las Margaritas.

La población indígena tojolabal más antigua que migró a la selva de Las Margaritas (1950) llevaba sus propias costumbres para resolver los problemas de enfermedad, esto es, sus rituales curativos, sus conocimientos de plantas medicinales y sus propios terapeutas. Por el aislamiento y la lejanía tanto física como cultural no habrá sido fácil la salida de los pobladores a las cabeceras municipales a buscar auxilio médico.

Al ser la Iglesia con su tarea evangelizadora desde muchos años atrás, quien más contacto tenía con las comunidades perdidas en la selva, su acompañamiento fue decisivo en la transformación de las costumbres curativas. La existencia de brujos, de males echados y las muertes consiguientes entre los miembros de las comunidades tratando de remediar la enfermedad, fueron combatidos con energía por parte de la doctrina católica la que logró desterrar en muchos casos tales prácticas curativas. Probablemente al tiempo que desaparecieron los "pitachik" o los temidos "pukuj", desaparecieron también muchos de los conocimientos acerca de las plantas medicinales, de tal manera que actualmente los pobladores de las comunidades, más dependientes de los medicamentos, poco conocen de sus propios recursos que por lo general sólo son patrimonio de los más viejos.

"Los abuelos acostumbraban cortar las puntas de naranja, guayaba, limas y todo eso, hacían pues preparados de plantas y se tomaban pues cuando no había medicamento, cuando era yo más pequeño, eso lo hacían todo ese trabajo. Antes las lombrices, pues ellos acostumbraban el ajo y la ruda, lo preparaban, le daban los niños pues así tomadito, pero ellos lo podían preparar pues no así como medicamento de farmacia, no, sino que ellos lo empezaban a preparar. Ahora no hay curanderos ni hay yerberos" (promotor de salud tojolabal).

La actividad comercial en el caso de un cultivo tan importante como el café, también tuvo que haber sido un factor decisivo en la gradual pérdida de las costumbres curativas, al propiciar un mayor contacto entre los pobladores indígenas de la selva con la sociedad mestiza. La posibilidad de tener más recursos económicos por la venta del café cosechado hizo posible un cierto grado de acumulación familiar, facilitando la salida a las cabeceras municipales y permitiendo el acceso a ciertos bienes, entre ellos a la medicina hegemónica aparentemente "más eficaz". Pero los comerciantes que iban de comunidad en comunidad también aportaron su parte, pues junto con otras mercancías llevaban medicamentos que promovían activamente entre la población.

Podría esperarse que la población tzotzil y tzotzil que migró a la selva fronteriza de Las Margaritas en los años 60, hubiera llevado sus costumbres para remediar los males tal como existía en su lugar de origen, pues en el caso de los tzotziles de Los Altos aún pueden encontrarse terapeutas tradicionales y se ha conservado en buena medida su riqueza cultural curativa. Sin embargo aunque se mantienen algunas formas de curar entre la población indígena y mestiza de la selva, al parecer ya no hay ilotes ni yerberos, ni otro tipo de curadores tradicionales, como no sean parteras.

Como cuenta el asesor médico de la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH), en los años 80 cuando se inició el apoyo a las comunidades de esa zona en la recuperación de su riqueza curativa, ya no había terapeutas tradicionales por lo que su trabajo se orientó sobre todo hacia la herbolaria y la construcción de huertos de plantas medicinales. Menciona que probablemente las costumbres curativas se han perdido, porque las poblaciones migrantes encontraron un hábitat muy diferente a aquel en el cual encontraban sus recursos silvestres y se recreaba su medicina tradicional, pues de una zona con clima frío llegaron a una de clima cálido como la selva, con flora y fauna distintas. En tono de broma señala que en esas comunidades se acabaron los sueños y por lo tanto ya no hay iloles. Según la tradición el ser ilol, algún otro curador, o partera es un bien innato revelado durante el sueño, en el cual el poder curar no puede ser adquirido externamente a través de la capacitación.

Como quiera que sea en el contexto multicultural de la región fronteriza aún se conservan algunas costumbres curativas, pues algunos de los promotores de salud, sus esposas o gente en las comunidades utilizan ciertas plantas medicinales y rituales específicos para curar algunos males como el empacho, el susto, la disipela o el ojo.

“Bueno como la experiencia que se ha logrado mantener entre la gente más grande de la comunidad, eso nos van pasando un poquito de experiencia de lo que tienen. Por decir alguna enfermedad que se tenga que curar, por decir como es el calor feo con los niños, la disipela que tanto se da aquí en las comunidades, eso pues sabemos como curar, y aunque no muy en detalle pero sí lo podemos curar, algo pues porque ciertamente no tenemos la experiencia completa para esos trabajos, pero algo para ayudarlo que no se siga espantando así” (promotor mestizo).

La medicina institucionalizada llegó a la selva de Las Margaritas en la década de los 80 a través de las unidades médicas rurales del programa IMSS-COPLAMAR, cuya intención era proporcionar servicios de salud a la mayoría de la población marginada chiapaneca, lo cual coincidió con la llegada de los refugiados guatemaltecos. Si bien este hecho significó el tener acceso a un servicio médico de primer nivel para las comunidades alejadas de las cabeceras municipales, sucedió sin embargo que las escasas clínicas desperdigadas en la selva en ocasiones no tenían médico, no tenían medicamentos o estaban cerradas, perdiendo por lo tanto la confianza de la población. Al parecer la excepción en parte fue la zona fronteriza de Las Margaritas, espacio donde se concentraba el interés político en la afluencia de los refugiados.

“Bueno... hay pues, hay pues médico, pero no todo el tiempo se está ahí. Solo unos cuantos días se está ahí... como dos días a la semana. No va a atender bueno porque dirá que no hay medicina, solamente a veces da un poco de suero oral o una pastilla de no se que, pero no es directo que se cura lo que da al enfermo” (promotor tzeltal).

Dada la gravedad en que transcurrían algunos padecimientos en aquellas condiciones de aislamiento que ponían en peligro la vida, situación muy frecuente, se hacía indispensable no sólo el tener clínicas para primer nivel de atención, sino aun el acceso a un centro hospitalario para un segundo nivel. Aunque las clínicas tenían radios para poder comunicarse con el exterior, en los hechos este enlace raramente se efectuaba además de que en caso de emergencia tendría que haberse solicitado avioneta, medio de transporte costoso para los habitantes de la selva.

La aparición de los promotores de salud.

En la selva de Las Margaritas existen promotores de salud desde hace aproximadamente quince años. En la zona fronteriza con Guatemala comenzaron a formarse posteriormente a la llegada de los refugiados de aquel país, en ocasión del arribo de la Iglesia, instituciones oficiales, ONG's y la avalancha de recursos que ellas traían. Si bien los refugiados llegaban en muy malas condiciones y era urgente su atención, todos los actores solidarios constataron también las condiciones de marginación en que se encontraba la población mexicana. En la zona de la selva por la vía de acceso a Guadalupe Tepeyac aunque llegaron ecos de lo que sucedía en la frontera, la población tenía sus organizaciones y su propia dinámica. Ahí la formación de promotores simplemente coincidió en tiempo con aquel suceso sin tener que ver con él. Al parecer no era una zona prioritaria para las instituciones oficiales de salud y menos para las ONG's. Solamente la Iglesia, que apoyaba la organización entre campesinos mexicanos, tenía presencia en el lugar desde hacía tiempo.

En los primeros años de la década de los 80 se empleaba entre 6 y 8 horas para llegar de la cabecera municipal de Las Margaritas hasta el punto donde llegaba carretera por la vía El Nuevo Momón - Guadalupe Tepeyac, la cual se volvía intransitable en época de lluvias. Por el rumbo de la frontera, la gente cuenta que hacían más de 4 horas para salir al Hospital General de Comitán. En esas circunstancias la aparición de promotores de salud no respondía a una situación fortuita, tenía una razón de ser: la necesidad de atender las enfermedades de la población campesina indígena en las condiciones de aislamiento en que ha transcurrido su vida en la selva, sin carretera ni luz eléctrica, y con una pobre accesibilidad a los centros de atención a la salud.

"Me nombraron en mi comunidad o pueblo, de promotor de salud, por la necesidad, porque a veces viene mucha enfermedad y también esta muy lejos de donde está el pueblo, o donde está también la clínica del IMSS. O sea está muy lejos de donde voy a llevar a este paciente, a un enfermo, por eso pensaron que se nombrara a mí como promotor" (promotor de salud tzeltal).

Ante la pérdida de la riqueza curativa y la limitación de los propios recursos, la formación de campesinos indígenas como promotores de salud venía a ser una respuesta a la necesidad de atender la enfermedad. El don de poseer el conocimiento curativo aparentemente dejó de revelarse por medio de los sueños; en su lugar se instaló y cobró importancia la capacitación en atención primaria en salud como saber adquirido, para resolver las necesidades cotidianas. Dicho saber dejó de ser patrimonio innato pues ahora casi cualquiera podía ser elegido por la asamblea comunitaria como promotor de salud. Podría decir que en este proceso se pasó de lo sagrado a lo profano.

"Pues ya diez años que estamos trabajando ya de promotor de salud: ahí pues en la comunidad como se veía que se necesitaba, que se tiene uno que capacitarse, y por eso me nombraron a mí de parte de la comunidad, donde se hizo un acuerdo de toda la comunidad. Pues cuando comencé, quiere decir que empecé a ir a recibir cursos pues para así ir aprendiendo de todo lo que se necesita, porque si uno no tiene pues el conocimiento... porque muchas veces que nosotros nos pasó cuando estamos trabajando se corta uno, se necesita quién va a ir a aprender a suturar, a ver sobre de los primeros auxilios pues, como se debe hacer todo eso" (promotor tojolabal).

Quiénes son los promotores de salud.

Un(a) promotor(a) de salud es una persona campesina casi siempre indígena, la cual ha sido capacitada en habilidades de diagnóstico, tratamiento y medidas preventivas desde la perspectiva de la medicina occidental. Su existencia ha respondido a la necesidad de resolver los problemas más comunes de enfermedad, detectando a tiempo las situaciones de riesgo para referirlas a otro nivel de atención, en aquellos lugares alejados de servicios médicos. Uno de sus quehaceres es la promoción de la salud a través del impulso de acciones preventivas, pero también desde una perspectiva social del proceso salud-enfermedad, hacer del conocimiento de la población que la enfermedad tiene causas profundas que están sustentadas en una situación política injusta.

En la selva fronteriza de Las Margaritas abierta a las diferentes migraciones económicas por diversos grupos étnicos, los promotores de salud ya sean hombres o mujeres, son indígenas de diferentes grupos mayenses: tojolabales, tzeltales, tzotziles, y aún mestizos de Chiapas o de otros estados del país como Veracruz. Todos ellos comparten sin embargo un pasado común, el hecho de que sus padres migraron en busca de tierras para vivir mejor.

Pero ya sean indígenas o mestizos todos son prioritariamente campesinos. En cuanto tal, esencialmente se ocupan de las labores agrícolas para la reproducción del grupo familiar y secundariamente son promotores de salud. Esto significa que a lo largo del año y en el transcurso del día dedicarán la mayor parte del tiempo si es en la milpa a las actividades de quema, barbecho, siembra, fertilización, dobla y cosecha; si es en relación al café a las actividades de poda, cosecha, despulpe, secado y transporte del grano hacia los centros de acopio. En ocasiones se ocuparán en faenas para beneficio colectivo. Son campesinos con las mismas necesidades que los otros miembros de la comunidad.

“Pues el maíz a veces no alcanza, a veces compro poquito pues. Más de la mitad del año si me ayuda, me alcanza la cosecha. Si alcanza, y también sembramos un poco de regadío y con eso lo vamos completando también, así que ya no mucho compramos, compramos un mes nadamás. En asunto de frijol pues eso si no compro, porque de por si es parte para mi gasto, los niños eso no les paso sus frijolitos, y es más caro para comprar otra vez, y como ahí se da, lo que hacemos es sembrarlo para no estar comprando. Frijol si vendo, maíz si no, lo que más vendo es frijol. La paga casi más la sacamos de nuestra cosecha de café, con eso nos sostenemos de por si. Es el cultivo que más trabajamos el café, aunque sea poco cosechamos pero como que vale un poco más. Compramos pues lo que necesitamos: las botas, vestido para la familia, nuestras necesidades... por ejemplo se enferma uno de nuestros niños que no lo podemos solucionar aquí, también tenemos que sacarlo al hospital, pero de ahí mismo nos apoyamos. Y cuando no hay, como ya dije que hacemos un préstamo pero con la misma cosecha volvemos a devolverlo” (promotor de salud de ascendencia tojolabal).

Lo anterior significa que una parte de su tiempo según días programados con anterioridad, serán empleados en actividades preventivas o pláticas a la comunidad. Generalmente para la atención de los enfermos es llamado en su domicilio, aunque a veces realiza su trabajo curativo en la casa de salud. Si se trata de una urgencia es buscado a cualquier hora, aún hasta la milpa o el cafetal para que vaya a auxiliar a la

persona enferma. No recibe pago alguno por el auxilio que brinda, no pudiéndose negar generalmente pues el ser promotor de salud se asume como un servicio hacia la comunidad.

Podría decir que el mayor o menor tiempo que puedan dedicar a sus actividades como promotores de salud se encuentra en permanente tensión con su ser campesinos y les crea conflictos no siempre fáciles de solucionar. Puesto que la mano de obra familiar es esencial para el trabajo campesino, la posibilidad de ocuparse más tiempo como promotor de salud depende de la composición y momento del ciclo en que se encuentra aquella. Es decir depende sobre todo de la posibilidad de tener hijos varones, y con la edad suficiente para ocuparse de las labores agrícolas, si bien cuando los hijos aún son pequeños la mujer de la casa es la que principalmente se ocupa de las labores en la milpa o cafetal, como extensión del trabajo doméstico.

“Pues los que quedan nomás, digamos pues la compañera es la que siempre lo va a ver pues cómo están los trabajadores, y tengo dos mis hijos de que ya están solteros, ellos quedan trabajando pues ahí” (promotor tojolabal).

“Pues ahí en los tiempos cuando yo llego a la comunidad yo tengo que hacer esos trabajos, luego la familia también. Tengo un muchacho que es mi hijo, pues él es el que me ayuda un poco pues, aunque él solo pues se le hace muy difícil también luchar y hacer sus trabajos, pero esa es mi más fuerza de apoyo” (promotor mestizo).

Todos los promotores han sido elegidos por la gente de su comunidad, o por una parte organizada de la misma, esto es, por aquella parte que se reconoce como católica o perteneciente a alguna organización campesina y últimamente por la que se asume como simpatizante zapatista. El que sea de ese modo no ha significado negar el servicio de atención a la salud a la parte de la comunidad no perteneciente al grupo, aunque a veces se han generado conflictos cuando se trata de tomar acuerdos que implican la necesaria participación de todos en el saneamiento de la comunidad. Al formarse como promotores de salud, éstos adquieren el compromiso de utilizar sus conocimientos no para beneficio personal sino con el fin de proporcionar un servicio a la colectividad. A su vez los pobladores se comprometen a cumplir con los trabajos que proponga el promotor y a apoyarlo para que pueda dar el servicio. En los hechos sin embargo esto no siempre ocurre así.

“Hace diez años tenemos un papel donde firmaron todas las autoridades que me nombraron pues, y yo firmé también para que así haiga acuerdo pues que no sólo yo quise venir, sino que fue el acuerdo por parte de la comunidad”

Se elige en asamblea generalmente a los hombres, ya sean casados o solteros, pues son los que hablan mejor “la castilla”, saben leer y escribir mejor, y sobre todo conocen más pues se mueven libremente en función de los privilegios socialmente **concedidos** a su sexo. La presencia de mujeres como promotoras de salud ha sido la **excepción** que confirma la regla de que para ellas es más difícil participar, encontrando **también** más obstáculos. Si son casadas prioritariamente deberán atender a sus hijos, y **si son** solteras son hostilizadas por la población o aún por los compañeros con quien se capacitan por “andar solas”. Posterior a los acontecimientos de 1994 se notó en la zona fronteriza de Las Margaritas la participación de más mujeres en las capacitaciones, todas ellas jóvenes y solteras. En los años que han seguido sin embargo ha decrecido

nuevamente su número ya que algunas de ellas se han casado y de algún modo se han alejado.

“Bueno pues me siento bien, me gusta mucho este trabajo que tengo, y también la gente me apoya y también mi familia me apoya. Bueno a veces hablan mal de mí, pero a veces me desanimó, pero de que me acuerdo me gusta este trabajo, entonces pues también mi familia me apoya, que no le hago caso a la gente, yo sigo mi trabajo” (promotora de salud tzotzil).

Aunque el ser promotor(a) de salud depende de la posibilidad de ser elegido por la asamblea de la comunidad, el continuar como tal depende de diversas motivaciones. Algunos de ellos han sido anteriormente catequistas y su papel como promotores de salud está ligado a su ser como cristianos, por lo tanto a su compromiso de verdadero servicio a su pueblo. Implica para algunos de ellos ligados con su organización política, un compromiso de más trascendencia.

“Yo pues ha llegado mi conocimiento y yo pienso pues de que en lo que debemos ser, hacer un cambio pues de nuestras historias que hemos tenido, por eso yo no quiero dejar solo el trabajo porque ya he pensado que sí es importante, porque si nosotros no... como ya estamos ya tenemos un poco más años, nuestros hijos y no les hemos enseñado este camino, pues quién lo va a seguir el camino. Por eso nosotros estamos organizando pues sobre la cuestión de ser promotor. Pues es diferente ahora, porque nos está llevando el trabajo que hemos de hacer ya, un trabajo asína más comprometido ya para todos ya. Sí, por eso se ve diferente, pues antes el que quería seguía, el que no pues ahí que lo vea. Ahorita ya no, ya nos estamos comprometiendo pues haciendo el trabajo mejor. De la palabra de Dios éramos salmistas pues, y de que participamos con la palabra de Dios y Dios nos da que debemos trabajar más comprometidos a nuestras comunidades, por eso más que ese nos estamos haciendo el trabajo pues nosotros mismos” (promotor tojolabal).

Podría decir que la mayoría tiene interés y le gusta desempeñar el cargo como promotor de salud. Encuentran además en su capacitación no solo un beneficio para la comunidad, sino ante todo un beneficio inmediato para sus familias, pues pueden dar respuesta en su propia casa a las enfermedades de los hijos, o aún tienen los elementos para decidir cuando es preciso salir a buscar otro nivel de atención.

“Pues todavía cuando nosotros teníamos los niños, pues teníamos que caminar en varias partes para buscar los saberes, porque se enferman pues. Pero con lo que ya sé yo, pues ya no está uno saliendo ya de otras partes pues, ya ahí nomás se puede encontrar los medicamentos, lo que se necesita de las enfermedades con nosotros mismos” (promotor tojolabal).

“Pues yo pienso de que si hay momentos en que se siente uno estrecho, pero yo lo que pienso es que teniendo la buena decisión, la buena voluntad pues de querer **luchar**, creo que con sacrificios se hace. Aunque hay momentos que si podemos fallar o **no** queremos contribuir en algunas comisiones, pero yo pienso que si estamos decididos se puede. Se puede pero eso depende de nuestro interés, de uno pues, se deja ver también que cuando no hay interés se ponen muchos pretextos también, pero como yo de por si yo me ha gustado, de por si por cualquier cosa siempre me gusta y por eso ahí sigo, de ahí no es tanto que me sobre tiempo porque siempre me gusta. Lo pienso

también que es bueno pues para mi familia, para ayudar a algunos necesitados por cualquier cosa, ahí nomás uno le da el servicio ahí en la comunidad ya sin necesidad de salir en otra parte. Entonces se ve que si es una ventaja que haya un promotor en la comunidad, hasta la misma comunidad lo dice, siempre está uno apoyando pues en algo, no es igual a como no hay nadie, cuando no hay nadie tiene que correr hasta donde se encuentra" (promotor de ascendencia tojolabal).

Más allá del interés está sin embargo su propia situación económica, que agravada por las contingencias ambientales como la sequía y lluvias y sobre todo por el conflicto armado de baja intensidad que los ahoga, no les permite continuar en su cargo como promotores de salud. Varios de ellos por lo tanto a pesar de su compromiso e interés, han tenido que salir a buscar trabajo fuera de su comunidad.

¿Cómo y quiénes han formado a los promotores de salud en Las Margaritas ?

En la zona fronteriza de Las Margaritas pocos son los promotores de salud mexicanos mayores de 30 años y con casi 10 años de experiencia. La mayoría tiene poco más de 20 años de edad y algunos aún menos. La mayoría también son de reciente formación pues comenzaron a capacitarse a mediados de 1995, es decir tienen aproximadamente tres años. Entre ellos tienen más autoridad los de mayor edad que también casi siempre son los que tienen más experiencia.

Formarse como promotor de salud no ha sido cosa fácil. Implica alternar las actividades en el campo con los periodos de capacitación un tiempo más o menos largo, que dura aproximadamente hasta dos o tres años. Pero no solo implica la capacitación que consiste en el estudio de los temas de atención primaria en salud, ya sea en una aula en la propia comunidad o aún en la ciudad de San Cristóbal o Comitán. Junto con la capacitación, es la experiencia acumulada tratando de enfrentar los problemas sanitarios en la comunidad y la atención de los enfermos, lo que hace a un promotor de salud. Esto significa que no tiene sentido que reciba múltiples talleres de capacitación si no tiene una práctica que lo avale como tal.

Los promotores más antiguos en la zona fronteriza, comenzaron su formación posteriormente a la llegada de los refugiados guatemaltecos, con el apoyo de la Iglesia, instituciones oficiales y ONG's. De todos estos actores los más significativos en esos años fueron por un lado el Hospital General de Comitán, y por el otro el Centro de capacitación en Ecología y Salud para Campesinos (CEESC) ligado al Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ), los cuales formaron a guatemaltecos y mexicanos como promotores de salud.

"Yo capacité en 1983 cuando paso el refugiado aquí en Chiapas frontera, entonces llegaron CEESC a organizar el refugiado, y también como ahí llegó refugiado en mi comunidad ahí empezamos a organizar la gente junto con los refugiados, y también este de CEESC ahí en la misma casa está con nosotros. Ahí empezó a organizar a la gente: mexicanos y refugiados" (promotor de salud tzeltal).

"En el 85 me nombró la comunidad en asamblea. Comencé por invitación del Hospital de Comitán cuando el Dr. Gómez Alfaro pasaba a los ejidos, salía, nos visitaba a las comunidades, hacia asambleas, así fue como lo fuimos conociendo y le pedimos

ayuda, que nos apoyara. El hospital nos daba algo de medicina para atender a las comunidades de lo más urgente. Tenía casa de salud que se construyó en ese tiempo. Un tiempo venían los médicos del hospital, también los de nutrición” (promotor de ascendencia tojolabal).

Más de 10 años después, en 1995, la ONG de nombre Equipo de Apoyo en Salud y Educación Comunitaria (EAPSEC) que apoyó a los guatemaltecos en Campeche y Quintana Roo en los años del refugio y a partir de 1992 también a nacionales en Chiapas, inició la capacitación en la región fronteriza esta vez sólo a campesinos mexicanos a solicitud de ellos. Esto sucedió en el momento en que los refugiados regresaban a su país de origen y sobre todo cuando los propios indígenas mexicanos fortalecían su identidad después de la aparición del EZLN.

En el nuevo contexto la capacitación proporcionada por el asesor de EAPSEC, consistió no sólo en el aporte técnico médico según enfoque de riesgo, en la formación de los promotores de salud. Dio a conocer las líneas generales de las políticas nacionales y estatales de salud, e impulsó la discusión y aún la creación de propuestas entre los mismos participantes, acerca de cómo debería ser la atención a la salud en las comunidades campesinas. La capacitación debería formar entonces promotores(as) que dieran una respuesta a las necesidades de los habitantes de la comunidad, pero también debería crear en ellos un sentido más global y de largo plazo a su quehacer que respondiera a la pregunta ¿para qué va a servir mi trabajo en el contexto actual y en el futuro?

Aunque el cargo de promotor de salud no es vitalicio y puede ser rotativo, lo cierto es que formar recursos humanos exige tiempo y es por lo tanto una inversión a largo plazo en términos de dinero, esfuerzo y tiempo por parte de las familias, comunidades y las propias ONG's que los apoyan. Las familias aportan a uno de sus miembros que dejará de hacer algunas faenas agrícolas mientras el resto lo suplirá, además de que aportarán alimentos y dinero para las salidas de aquel. Las comunidades también aportarán trabajo en ocasión de las faenas comunitarias que le son perdonadas cuando sale a capacitarse, y a veces también le darán dinero y alimentos. Las ONG's por lo consiguiente aportarán personal que se encargará del adiestramiento, pago de pasajes, materiales de trabajo y alimentos. Lo anterior significa que cuando un promotor deja de serlo por la razón que sea, dicha inversión se pierde no sólo por la capacitación recibida sino también por la experiencia acumulada, pérdida que será mayor mientras más años haya tenido en el cargo.

¿Que prácticas desempeñan los promotores de salud?

Los promotores de salud tienen como una de sus tareas más importantes, animar a los habitantes de la comunidad para emprender acciones preventivas que tiendan a **mejorar** la salud de todos. Estas son acciones básicamente de saneamiento ambiental **tanto** a nivel comunal como familiar, que deben ser llevadas a cabo con el acuerdo de la **mayoría** de la población.

“Sí, pues ahí fue que nos comenzamos a organizar en la comunidad, pues ahí vimos que no es tanto por querer medicamentos sino que lo más importante es sobre la **higiene**, pues empezamos a verlo sobre chaporreando cada dos meses los **solares** que

tenemos y calle y todo. Ya después de eso algunos charcos de agua donde se hacía pozo, les hacíamos corriente para que así no se haga un nacedero de zancudos, para que se evite todos esos de que se producen los charcos de agua; y cuestión de animal pues los cerramos, los encierro de que no estén andando ahí dentro de la comunidad. Nosotros teníamos que hacer ahí fogones, para que estuviera en alto pues y también poníamos nuestras aguas asina a hervirlas, eso teníamos que hacerlo todos, y pepear cuestiones de latas, de naylons, de que no estén botados, los quemábamos todos y las latas en un solo lugar y el basurero en un solo lugar lo teníamos, cada quién lo teníamos en su patio o solar” (promotor de salud tojolabal).

Pero no siempre es fácil llegar a un acuerdo. Es preciso romper resistencias que en ocasiones tienen que ver con las propias costumbres, con la exigencia de una parte organizada de la comunidad hacia la otra que se opone a aceptar un acuerdo, o de los pocos en desacuerdo aún dentro de la misma organización que no han querido o no han podido cumplir.

“Bueno cuando yo inicié, como yo no sabía, era pues un trabajo de inicio y como que para mí era muy difícil convencer a la comunidad, darles todos los trabajos que a mí también me pedían como por decir hacer las letrinas, visitar a las familias para que barran sus casas, hacer sus fogones, ver que los animales no estén cerca de la casa. Como que fue muy difícil para iniciar porque la gente no tan presto daba esa oportunidad de realizar su trabajo, a veces que porque no querían cumplir, no querían hacerlo. Todavía había otra costumbre anterior que la gente siempre estaba adaptada a su manera de vivir, y por entonces en ese tiempo empezamos a convencerlo” (promotor de salud mestizo formado por el IMSS).

En ocasiones esas acciones son prioritarias para dar respuesta a algún problema de enfermedad que se presenta de manera importante en la comunidad o en la zona, como ha sucedido con la epidemia de sarampión en 1989, el paludismo o más recientemente con la llegada del cólera a las comunidades en 1991. Cuando la aparición del problema es inminente, grave o constante entonces cuesta menos la organización comunitaria, pues los pobladores se han sensibilizado al ver a los enfermos graves o a los muertos.

“En el 92 se dio mucho paludismo de *Falciparum*, entonces hubo necesidad de que ahí se viera un poco sobre la eliminación de los charcos. Entonces en conjunto como promotor, comité de salud y autoridades tuvimos que hacer el esfuerzo de ver la manera como se podía resolver ese problema. La solución era eliminar los charcos, limpiando arroyos, tirar todos los trastes que había donde se juntara agua. De esa manera fue como nos organizamos con la comunidad para hacer ese tipo de trabajos. Así fue como iniciamos en ese tiempo aunque no fue muy fácil hacerlo, costó para que nosotros pudiéramos hacer ese trabajo, pero si poquito a poco lo fuimos logrando” (promotor mestizo)

Al parecer la mayoría de los promotores en la región fronteriza iniciaron su trabajo impulsando acciones preventivas, pues en esos años la capacitación en salud daba menos énfasis a lo curativo. Dicha situación se modificó a partir de 1994 pues para entonces otra de sus responsabilidades importantes fue atender los casos más comunes de enfermedad. Generalmente éstas se refieren a procesos infecciosos de vías respiratorias altas, gastroenteritis y parasitosis intestinales, infecciones o parasitosis de

la piel, sobre todo en niños, dolores musculares por el trabajo físico y osteoartritis así como la reparación de algunas heridas en adultos sean mujeres u hombres. En realidad no se ocupan de la atención de partos o de la salud reproductiva de las mujeres, aunque en muchos casos sí colaboran con las parteras cuando tienen dificultades. A veces deben encarar situaciones de emergencia y no pocas veces salen adelante, sin embargo frente a sus propias limitaciones una parte importante de la capacitación que reciben como trabajadores de la salud comunitarios, es la detección oportuna de situaciones de riesgo y su referencia oportuna a otro nivel de atención.

“A veces cuando la gente está trabajando en el campo, siempre allá lo que más acostumbra es trabajar con machete, entonces a veces la gente se hace heridas con machete y esto es lo muy peligroso, y que eso si se ha visto que es un problema. Hace poco yo atendí un caso de que se pegó un hachazo un muchacho, existe otro señor que ya está practicando a ser promotor pero él no respondió, entonces yo me tuvieron que ir a llamar en el trabajo. Yo estaba trabajando de una hora de camino y hasta allá me fueron a traer para ver al muchacho, entonces yo tuve que atenderlo, y hice lo posible que pude hacer, le hice la sutura de la herida. Era una herida como de siete centímetros, profunda, se dio con una hacha entonces fue muy fuerte el golpe, me parece que hasta se golpeó el hueso, pero si yo hice el trabajo y gracias a Dios sí se controló. Entonces es donde veo que pues hay problemas de emergencia que surgen, y que uno tiene que buscar la forma de cómo hacerle para responder a ese problema” (promotor de salud mestizo).

A pesar de ser tan importante el aspecto preventivo, no puede estar desligado del aspecto curativo. Un promotor de salud que solo impulsa actividades preventivas sin dar respuesta a las situaciones de enfermedad que se presentan, al parecer no es tan contundente ni tiene tanto poder de convocatoria como aquel que sí lo hace. Por otro lado si solo se ocupa de lo curativo descuidando todas las acciones preventivas, deja inconcluso su trabajo pues no promueve en realidad el mejoramiento de la comunidad.

“Los logros que yo he visto es que la gente ha podido responder con las prevenciones, y estos logros que yo he visto es que la gente me ha tomado confianza, y yo pues me siento bien, porque si me tienen confianza es que a lo mejor les estoy dando un buen servicio, pues aunque no adecuado pero a lo mejor aunque sea un poquito” (promotor de salud mestizo).

Pero el promotor de salud debe predicar con el ejemplo lo cual no siempre es fácil de hacer, pues él es uno más de los habitantes de la comunidad con las mismas costumbres aunque quizá con menos resistencias y sometido a la misma situación general de tensión, carencia y marginación que el resto. Puede suceder que el promotor a veces no haya construido su letrina o que ésta se encuentre sucia, o que sus animales domésticos no estén encerrados en un corral, o que no use jabón de manera habitual para lavarse las manos, que tenga muchos hijos y que aún éstos se encuentren desnutridos, situaciones todas que entran en contradicción con lo que predica. Puede suceder también que la casa de salud luzca descuidada, con la escasa medicina y material de curación cubiertos de polvo y en general, sin las condiciones para dar una atención con la debida limpieza. Por estas y otras situaciones es tan importante dar seguimiento periódicamente a los trabajos comunitarios por parte de la organización campesina para la salud de que se trate, junto con los asesores médicos de las ONG's que se responsabilizan de la capacitación

Aunque los promotores perciben que la enfermedad tiene su fundamento en una situación de marginación e injusticia, y de que la salud se relaciona con la posibilidad de tener una casa adecuada a las necesidades, ropa suficiente, una mejor alimentación, diversos servicios como luz eléctrica y agua potable, y buena tierra en cuanto ellos son campesinos, en apariencia poco han hablado con los pobladores acerca de "las raíces de la enfermedad". Tal vez esa convicción llevó a algunos de ellos a asumir un papel más activo en la opción, que después en el conflicto, tomó la comunidad o una parte de ella.

El problema del apoyo comunitario y la reproducción familiar.

Una de las dificultades que manifiestan los promotores de salud compete a la misma reproducción familiar en relación al cargo que detentan y el poco apoyo comunitario.

Si bien son elegidos por la asamblea de la comunidad o la parte organizada de ella, no todos pueden durar varios años en el cargo. Lo anterior tienen que ver con su propia motivación para ser promotores, pero también y de manera importante con sus necesidades familiares, y con el apoyo comunitario que reciben para satisfacer en parte éstas. Lo anterior a su vez tiene que ver con el reconocimiento que reciben a su trabajo y que genera en ellos satisfacción.

"Nomás asina me fui capacitando porque era importante pues. Los demás años no me ayudaron, yo pensé que de por sí tengo que hacer este trabajo. Ahorita pues los días de que nosotros venimos no nos apoyan, solamente en el pasaje. Cuando están trabajando así trabajos de comunal allá en la comunidad, pues ahí no me dan que yo los reponga yo, sino que trabajan ellos y yo no trabajo en esos días que están trabajando, eso es lo que tengo yo pues" (promotor tojolabal).

Así sucede que el apoyo de la población repercute en la satisfacción de las necesidades de sobrevivencia familiar, pues ocasionalmente ha sucedido que la parte organizada de la comunidad colabora en las faenas agrícolas de la milpa o el cafetal del promotor (jefe de familia) cuando él no puede hacerlo, ya sea por ausentarse para un taller de capacitación o cuando realiza su trabajo de salud. También puede apoyarle con dinero para pasaje o con comida en sus salidas. Esto implica de algún modo que los pobladores reconocen su esfuerzo y están conscientes de que su trabajo es útil para el bienestar de todos.

Más comúnmente puede ocurrir que la parte organizada de la comunidad lo disculpe de colaborar en faenas colectivas cuando se ausenta por un asunto de su cargo, o que por lo menos no le imponga multas. Cuando deben realizarse faenas según acuerdo de toda la comunidad estando ésta dividida, el promotor de salud usualmente no es sujeto de trato especial, debiendo devolver los días perdidos con trabajo posterior. Sucede también muchas veces que el promotor de salud no cuenta con ningún tipo de apoyo comunitario.

"El problema más duro que yo veo es que soy padre de familia, tengo obligación en mi casa, mis trabajos quedan pendientes y como la comunidad no me apoya, y así yo no puedo vivir y como que me quiero cansar. Es costoso porque

perdemos nuestro tiempo y la comunidad no mucho lo valora, ahí uno se desespera" (promotor de ascendencia tojolabal).

"Yo nombraron mi pueblo pero mi pueblo no solo se nombraron en así nomás la palabra y no apoya también mi pueblo, solo yo estamos apoyando diario aunque sea solo 24 horas, estamos trabajando aunque sea la noche, que diario hay que ver pacientes pero hay lo vamos a atender también nosotros. Hasta también no solo es la hombre cuando se nombró ese, con todo y mujeres y hombres se nombró a mí, pero no apoya nadie. Por eso a veces hasta varios ser promotor en mi misma comunidad, se nombró otro, como somos tres, pero no aguantó" (promotor tzeltal).

Ante la situación anterior los miembros de la familia pueden percibir la responsabilidad de ser promotor de salud como una pesada carga, la cual da lugar a quejas. Otras veces aquellos pueden notar los beneficios de que alguien en el hogar atienda las enfermedades, más allá del primer diagnóstico y primeros cuidados que realiza la mujer, sin tener que salir a buscar un servicio médico si puede solucionarse en el lugar.

"Hay momentos en que también mi esposa se pone inconforme pues de ver que nuestro trabajo lo dejo pues así tirado, ni quien lo va a atender. Y luego que escucha también críticas de uno mismo, que nuestro trabajo no muy lo valora la comunidad, también ella se desespera de ver eso. Yo perdiendo mi tiempo y no lo valoran pues, entonces yo veo que se desespera ella. Pero también ella como que si esta de acuerdo con el trabajo, porque yo también le explico pues cual es la razón, y ella razona y se da cuenta que también hasta nuestra propia familia, ya no hay necesidad que yo esté buscando quién lo va a ver así sino que uno mismo" (promotor de ascendencia tojolabal).

El problema de los medicamentos.

Una de las actividades más importantes del promotor de salud es atender las enfermedades de la población. Para ello cuenta con su capacitación en atención primaria y experiencia, además de que deberá tener sus herramientas para diagnóstico más allá de sus cinco sentidos y los medicamentos necesarios para dar respuesta a las necesidades. De esa forma puede evitar que la persona se agrave y puede ahorrarle gastos que hubiera realizado de haber salido fuera de la comunidad en busca de auxilio. Entonces si una de sus acciones más importantes es curar para evitar "el paso de la enfermedad a la muerte", la carencia de medicamentos se vuelve un problema importante.

"O sea el problema es que no tenemos medicina, aunque sea tenemos la casa de salud pero no tenemos medicina. Entonces también no yo creo que no solo es mi problema, también mi pueblo porque es necesidad" (promotor tzeltal).

Acerca de ello todos los promotores coinciden en señalar éste como el principal problema que enfrentan en su trabajo de atención a la salud, el cual se relaciona a su vez con la valoración que la población que demanda servicio hace de su trabajo. Dicha población aparece como cada vez más dependiente de los medicamentos para curar cualquier mal, no siempre aceptando otros remedios como las plantas medicinales. Al igual que cualquier médico, el promotor se encuentra presionado a "recetar medicinas"

para contar con la aceptación de la gente, pues cuando haciendo buen uso de sus conocimientos se niega a ello, la gente se va o se queja de que no le quiere dar servicio.

“En el trabajo de salud si encontramos problemas. La comunidad no valora nuestro trabajo como promotor de salud. Si llega un paciente no hay medicina entonces la gente se va, y si receta un tratamiento de plantas entonces la gente no lo acepta, piensa que no va a curar igual que la medicina de farmacia. Ahorita ya no hay medicina, se acabó la que me habían dado, ya solo para las diarreas y para los parásitos. Por eso se ve que la gente ya no muy llega con nosotros, se va por otro lado, como ya se les explicó ya no muy llegan conmigo, se van a Poza Rica o a Pacayal. Si, tenemos un fondo, del dinero que recolecté del medicamento compré un poquito, lo más necesario” (promotor de ascendencia tojolabal).

Las costumbres curativas han venido a ser sustituidas por el uso de medicamentos, adquiriendo en ocasiones éstos un sentido milagroso para la cura de casi todos los males, pues la gente espera de ellos que les resuelva desde un cotidiano dolor de cabeza y una diarrea hasta un problema de infertilidad. Al respecto las vitaminas inyectables o mejor aún el suero vitaminado intravenoso, son el remedio para recuperarse del cansancio por el trabajo agotador hecho durante muchos años, las inyecciones de oxitocina aseguran la fuerza durante el parto o la progesterona con el nombre comercial de “Cuerpo Amarillo” podría lograr que la mujer que no tiene hijos pueda concebir. La población por lo tanto espera siempre llevar un medicamento para el mal por el cual solicitó el servicio del promotor, aún cuando solo requiera de cuidados generales para salir adelante. Si en la mente de quienes demandan atención existe la idea de “a cada mal una pastilla” no siendo conscientes de las causas profundas que generan enfermedad, entonces no es difícil imaginar que se sientan defraudados cuando no obtienen medicamento.

Además de lo anterior como señala un promotor indígena tzeltal de la zona fronteriza, el medicamento es más fácil de usar que las plantas medicinales.

“Bueno como ya acostumbré la gente, o sea a tomar plantas, como ahí tiene medidas también o dosis (señala con sus manos), como ese de las medidas de plantas medicinales casi es un vaso o medio vaso, pero la medicina de farmacia como es una pastilla de chiquito, de inyección, de jarabe, es lo que ya está acostumbrada la gente, ya no se puede tomar este de plantas porque es mucho para tomar. Eso es lo que ya se acostumbró la gente, pues si yo creo que ese cura también” (promotor tzeltal).

Aunque como él menciona uno de los inconvenientes del medicamento es el costo.

“La planta no, a veces no aceptan porque esta muy... está mucho la dosis, es un vaso. Ese de farmacia... bueno según si hay dinero también para pagar su medicina porque siempre se cobra un poco pues, pero la planta no, para hervir, preparar, eso es lo que no se cobra nada” (promotor tzeltal).

Los promotores de salud se han enfrentado al precio progresivamente más altos del medicamento que lo están volviendo cada vez más inaccesible. Puesto que es necesario para la atención curativa todos han buscado formas de conseguirlo. Algunos de ellos desde años antes, solicitaron la cooperación económica de las familias para salir

a la ciudad y comprar el medicamento en cualquier farmacia. Una vez en la comunidad éste era vendido un poco más alto que el precio al cual se había adquirido, con el fin de crear un fondo revolvente. Algunos promotores aún continúan haciéndolo aunque dicho fondo cada día compra menos.

“Ahí pues en la propia comunidad nos empezamos a organizar, tuvimos que hacer una nuestra cooperación, como antes el dinero era asina (hace una seña) como está ahorita, ya de que se dice de diez pesos, de veinte pesos, asina eran los dineros pues Cooperamos de veinte pesos cada quien y entonces ya juntó unos trescientos pesos, y pues ya con eso entonces, ya pudimos comprar un poquito de medicina ya. Fue asina organizándonos en la propia comunidad para poder comprar la medicina. Y ahorita pues ya tenemos ya la medicina, aunque no mucha pero siempre así lo estamos haciendo. La medicina la vendemos pero nomás sacamos de unos cincuenta centavos la ganancia, pues porque siempre que salimos a comprar pues lleva pasaje uno para poder llegar allá” (promotor tojolabal).

Otros promotores no pueden crear un fondo mediante cooperaciones pues la gente se queja de que no tiene dinero, de modo que en vez de medicamentos utilizan plantas medicinales con diferentes resultados, o hacen preparados a base de ellas los cuales venden. Otros más aprendieron acupuntura o masaje en los múltiples talleres que recibieron y con esas herramientas alternativas pueden atender las necesidades de la población.

“Porque en ese caso también estamos manejando las hierbas para curar algunas enfermedades, porque es más, ahorita que no tenemos medicamento, pero tenemos que utilizar la yerba, tenemos que utilizar la acupuntura. Pues yo ahorita estoy practicando más la acupuntura porque no hay medicamento, entonces los pacientes que me llegan sea de cualquier enfermedad que sea, yo los trato con acupuntura, más con acupuntura. Si tengo el medicamento que le puede ayudar para la enfermedad, le doy lo poquito que haiga, pero más ahorita ya no tengo nada, porque ya no tengo nada de medicamento” (promotor de salud mestizo).

Antes de 1994 solicitaban medicamento a la Secretaría de Salud en Comitán, pero una vez iniciado el conflicto armado y las acciones de resistencia después de la Segunda Declaración de la Selva Lacandona, algunos dejaron de hacerlo.

“Bueno ahorita si ya no hay medicina. Como antes del 94 sí estamos solicitando del gobierno, o sea centro de salud. Pero ahorita aunque sea que queremos solicitar, ahorita ya no está dando tratamiento ahorita, por eso ahí está que la gente aunque el promotor está trabajando en la comunidad, por eso ya no hay medicina” (promotor tzeltal).

El problema que representa la situación de conflicto.

Después de 1994 las diferencias que pudiera haber entre los pobladores de las comunidades se agudizaron y se crearon otras haciendo difícil la convivencia. Esto generó el desplazamiento de la población no simpatizante zapatista hacia otras comunidades o hacia las cabeceras municipales de Las Margaritas y Comitán, pero también el desplazamiento de simpatizantes y bases de apoyo hacia comunidades del

interior de la selva. La vida se tornó más difícil pues se rompieron lazos de solidaridad entre las familias y ante la amenaza apareció la desconfianza y el temor.

“Pues yo lo que veo... supongamos muchas cosas pues que están cambiando, la política pues. Ahora mucha gente que se presta para contarnos cosas, para estar conforme, para no seguir trabajando. Entonces hay gentes que no les conviene pues que nosotros estemos trabajando como promotores. Y por eso gentes que se prestan pues, se meten a contar cuentos a la comunidad para que uno no se una, eso es lo que veo que hace la gente” (promotor de ascendencia tojolabal).

Anteriormente las instituciones oficiales que llegaban a las comunidades no siempre respetaban ni reforzaban alguna estructura organizativa para lograr un acuerdo comunitario en torno al apoyo que pretendían dar, antes bien a veces creaban otra estructura paralela y parece no pocas veces generaron contradicciones. A partir de 1994 esa situación se convierte en una más de las formas de hacer la guerra, de modo que los apoyos institucionales a pesar del discurso, buscarán beneficiar a la parte de la comunidad favorable al gobierno u opuesta a los zapatistas, con el fin de dividir y restar solidaridad a los campesinos levantados en armas. Ese es el caso de los recientemente creados Centros de Atención Social (CAS).

“Bueno problemas también como este de CAS de Maravilla, se iba a hacer división ahí en mi comunidad y nombrar nuevo promotor, pero solamente se hace división, que también allá en CAS de Maravilla no da también medicina, poquita nomás, pero ya ahorita ya no hay, iba a meter problemas allá también. En mi comunidad solamente ahí empezaron un grupo que iba a nombrar su promotor también. Solo yo creo que duró unos cuantos días nomás se nombró, pero no quedó hasta ahorita” (promotor de salud tzeltal).

“El CAS supongamos lo que es pues gente de gobierno, como que ellos también lo que hacen es tener plática con la gente, que llega el médico a visitar las comunidades y hablan muchas cosas... planificación y muchas cosas que dicen, que es mejor planificar para que tenga uno mejor recurso que porque la pobreza es más por los hijos... y tantas cosas dicen pues. Y otros dicen que es mejor estar con ellos porque allí ellos dan medicina, dan de todo, en cambio donde estamos es más de perder tiempo. Algunos así lo piensan pues” (promotor de ascendencia tojolabal).

A pesar de todo algunos de los promotores de salud han podido ponerse de acuerdo con los promotores del IMSS o con aquellos formados por el CAS, con el fin de hacer algunas tareas en beneficio de toda la comunidad.

Por otro lado la presencia del ejército federal en la cercanía de las comunidades, ocupando terrenos ejidales o haciendo recorridos por la zona, ha sido un elemento de perturbación de la vida cotidiana, ya sea que genere temor o sensación de seguridad. Para los promotores de salud como civiles indígenas pertenecientes a organizaciones campesinas que buscan una nueva relación con el Estado, la presencia del ejército es una constante amenaza. No pueden evitar la sensación de desconfianza cuando salen a la capacitación y se preocupan por las familias que dejan mientras tanto.

“Pues ahorita no nos está encontrando, de eso no nos está haciendo preguntas. Pero en lo que caminamos y lo encontramos no nos dice por lo pronto nada, pero no va

a llegar el día en que si nos tiene que preguntar que estamos haciendo" (promotor tojolabal).

"Porque hay soldados y no se puede salir uno bien contento porque hay nosotros venimos a los cursos, pero queda la casa pues y ahí llegan pues, y eso es lo que nos da pena cuando está llegando por allá, por eso no es igual cuando no había, ahora siempre nos da pena. Siempre estamos ahí preocupados porque se ve que llegan ahí, pues no es igual cuando no había ahí, no llegaban a la comunidad, ahí vivíamos bien contentos porque veíamos que no hay estaban pues. Ahorita están llegando, por eso es más que siempre nosotros nos encontramos preocupados por eso, pues la familia se espanta pues que están llegando esos, como no estábamos hallados pues que llegan. Nosotros eso es lo que nos da pena pues" (promotor tojolabal)

No obstante las dificultades y el tenor continúan saliendo para capacitarse y para hacer los trabajos en sus respectivas comunidades. Al mismo tiempo se reúnen como organización de promotores para llevar a cabo acciones para la salud en beneficio de la población en resistencia.

LAS ORGANIZACIONES POPULARES DE SALUD EN LAS MARGARITAS

LA ORGANIZACIÓN POPULAR "CULTURA MAYA"

Algo de contexto.

Como se señaló en los capítulos anteriores, después de 1994 las condiciones estructurales que hicieron posible el surgimiento de promotores de salud en las comunidades campesinas de la selva de Las Margaritas, aún se mantenían. La misma pobreza y marginación, los mismos problemas de enfermedad predominantemente de carácter infectocontagioso y parasitario, la virtual carencia de inversión en salud, pues tal vez a excepción de la zona fronteriza, las escasas unidades médicas rurales desperdigadas en la selva se mantenían casi siempre cerradas, sin médicos y casi sin medicamentos. Mientras tanto, en la comunidad Guadalupe Tepeyac, se levantaba una flamante clínica-hospital del IMSS-Solidaridad inaugurada en septiembre de 1993, con problemas para el abastecimiento de agua y con equipo incompleto.

Dicho hospital funcionó por poco tiempo, pues en los días inmediatos a las acciones armadas esperadas en el lugar entre el EZLN y el ejército federal, la plantilla del personal médico y demás trabajadores fue retenida por los zapatistas y posteriormente evacuada. A pesar de todo la población que en realidad desde antes no había tenido acceso a servicios oficiales de atención a la salud, tuvo siempre a su alcance el servicio de sus promotores, parteras y otros recursos locales.

Anunciado el cese de las hostilidades, una caravana formada por personas y ONG's bajo la cobertura de CONPAZ¹ se desplazó hacia las comunidades de la selva de Las Margaritas para evaluar la situación de la población. Sin embargo la zanja abierta por los rebeldes pasando el poblado Nuevo Momón impidió que llegaran hasta Guadalupe Tepeyac, considerada centro de operaciones del ejército campesino. Las visitas siguientes en febrero hasta la citada comunidad, tuvieron como objetivo el acercamiento con las necesidades de la población de esa zona; necesidades que se referían básicamente al abasto de alimentos, ropa y medicamentos, las cuales trataron de ser satisfechas a través de la solidaridad nacional e internacional. El mantener informada a la gente acerca del desarrollo de los acontecimientos fue también una más de las tareas del grupo que se propuso viajar a esa parte de la selva.

1. La Coordinación de Organismos No Gubernamentales por la Paz (CONPAZ) formada por personas y miembros de ONG's con trabajo de varios años en comunidades campesinas, fue una organización que nació en San Cristóbal de Las Casas los primeros días de enero de 1994. Su finalidad inmediata fue detener las primeras acciones armadas, proporcionar ayuda humanitaria a la población de la llamada zona de conflicto, y a largo plazo contribuir en la construcción de una paz con justicia y dignidad. Para responder a la emergencia se formaron varias comisiones: de abasto, de información, de derechos humanos, de salud y para la administración de los recursos provenientes de la solidaridad internacional. Ante la disyuntiva de emplear recursos humanos y materiales siempre para la emergencia, posteriormente sus miembros comenzaron a elaborar propuestas mediantes de apoyo comunitario. Dicha organización tuvo diversos conflictos y escisiones hasta que finalmente desapareció como alternativa en octubre-diciembre de 1997.

Posterior al primer “diálogo de paz” en la Catedral de San Cristóbal de Las Casas, entre la dirigencia del EZLN y el gobierno federal, éste se comprometió a echar a andar la infraestructura de atención a la salud en las comunidades campesinas chiapanecas, y a rehabilitar la clínica hospital del IMSS en la selva de Las Margaritas, según aparecía en una de las treinta y cuatro demandas zapatistas². Pero la población de la comunidad de *Guadalupe Tepeyac*, de filiación zapatista, y su dirigencia campesina tenían desconfianza de las autoridades de salud, de modo que la solicitud de apoyo para planear las tareas de rehabilitar aquella estructura, fue hecha explícitamente a los médicos que habíamos estado en el dispensario de la Parroquia de Las Margaritas y que conocíamos la zona y a las personas desde años antes de 1994.

Sin embargo ante semejante solicitud ¿Teníamos acaso la capacidad para planear el trabajo de una instalación de servicios médicos de esa envergadura? ¿Tendrían los promotores de salud la capacidad de conducir la clínica-hospital de Guadalupe Tepeyac?

Aquel cuestionamiento acerca de la perspectiva a futuro de los promotores y promotoras de salud en el contexto neoliberal nacional, parecía de pronto tener respuesta a partir de 1994, perfilándose para entonces lo que pensábamos debería ser el trabajo de salud. En la nueva situación no sólo se trataba de formar promotores en acciones curativas y preventivas, aún aquellas de emergencia indispensables en el momento actual; sino también formar promotores con la capacidad de controlar los servicios oficiales de atención a la salud, para que sirvieran de verdad a la población campesina de la región. Más aún, que tuvieran la capacidad de ir delineando una propuesta local, regional y aún estatal de atención a la salud que pudiera ser negociable con la parte oficial, dada la fuerza política del movimiento campesino en la coyuntura de ese momento.

2. “Queremos que se construyan hospitales en las cabeceras municipales y que cuenten con médicos especializados y con suficiente medicamento para atender a los pacientes, y clínicas de campo en los ejidos, comunidades y parajes, así como capacitación y sueldo justo para los agentes de salud. Que donde ya hay hospitales, que se rehabiliten lo más pronto posible y que cuenten con servicio de cirugía completa. Que en las comunidades grandes se construyan clínicas y que tengan también doctores y medicinas para atender más de cerca al pueblo” (Comunicados del EZLN, 1994: p265).

El nacimiento de la organización campesina para la salud Cultura Maya.

A partir del mes de marzo y bajo la cobertura de CONPAZ se llevaron a cabo algunas visitas a la comunidad para trabajar a grandes rasgos, con algunos promotores de salud y responsables zapatistas, una propuesta de funcionamiento de la clínica hospital que estuviera enlazada con las clínicas dispersas en la selva, con las casas de salud y sobre todo con el servicio de los promotores a sus comunidades. Me parece importante dejar claro que de ellos partió el impulso original a ese trabajo. El comandante Tacho participó con su visión de largo plazo y su iniciativa en algunas de las reuniones de planeación y siempre se mantuvo interesado en los avances de la propuesta de salud.

Sin embargo más allá de estos intentos, la rehabilitación del hospital no fue posible. Los responsables zapatistas habían demandado que fuera la Secretaría de Salud a través de las autoridades del Hospital General de Comitán, quienes se hicieran cargo de su puesta en marcha, por lo que no aceptaron los ofrecimientos de las autoridades del IMSS. Lo anterior generó una discusión y conflicto entre ambas instituciones oficiales y una situación de indefinición, que aunado a los acontecimientos regionales y nacionales posteriores al diálogo de catedral, dio como resultado que los responsables campesinos hicieran a un lado la rehabilitación del hospital. Había que ocuparse, como ellos decían, menos de la situación local y sus demandas específicas, para poner los ojos en el contexto nacional.

Sucedido esto, de cualquier manera quedó la compleja tarea de pretender edificar el proyecto de atención primaria en salud para la población civil campesina de esa zona, tomando en cuenta solamente la infraestructura de las casas de salud de algunas comunidades, con su escaso material, y sobre todo con el esfuerzo de los promotores y promotoras de salud. ¿Cómo planear un proyecto de atención primaria en salud, el cual no se refería a la búsqueda de apoyo económico, sino al hilo conductor que debería dar sentido y guiar en adelante el trabajo de salud? ¿Cual debería ser entonces ese hilo conductor? ¿Cuales sus objetivos? ¿Cuales las acciones concretas? ¿Con qué recursos humanos y materiales debería contar? y sobre todo ¿De donde se obtendría el financiamiento para las necesidades y el avance de ese proyecto?

No todos los miembros del grupo que viajábamos periódicamente hacia ese punto de la selva teníamos la misma idea acerca de lo que debería ser el trabajo de salud. Alguno opinaba que por ser población indígena habría que rescatar su medicina tradicional y comenzar a trabajar con herbolaria, otros considerábamos que habría que construir con ellos el primer nivel, y que la población tenía derecho aun a acceder al segundo y tercer nivel de atención de la medicina occidental. Cada tendencia proponía su propia asesoría y si bien ambas no se excluían, en ese momento no fue posible llegar a ningún acuerdo por lo que una tendencia se impuso a la otra.

Se solicitó entonces la asesoría de una médica con experiencia en organizaciones comunitarias de salud a nivel nacional y con formación en salud pública. A partir de su apoyo, en el lugar de los hechos y con la participación de uno de los promotores, se obtuvo una propuesta inicial que en el mes de mayo fue presentada en una reunión con todos los promotores campesinos de la zona de la selva. El objetivo era presentar la propuesta de trabajo y complementarla con un diagnóstico elemental, a partir del cual

delinear las estrategias para darle forma a un proyecto de atención a la salud para la población civil.

Ciertamente se notaba que la situación había cambiado a partir de 1994, pues del pequeño grupo de promotores de salud que habíamos conocido, esta vez se había ampliado y asistían a la convocatoria más de 100 participantes, representantes de 60 comunidades, que se ubicaban desde el otro lado del río Jataté, ya en territorio de Ocosingo, hasta la selva fronteriza de Las Margaritas. Todos ellos provenían de diversas experiencias de formación, desde el Dispensario Médico Comunitario en la cabecera de Las Margaritas, y aun el Hospital San Carlos en Altamirano, hasta las mismas instituciones de salud como el IMSS o el INNSZ a través del Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos (CEESC) y su clínica en la comunidad de Nuevo Poza Rica en la frontera con Guatemala.

Fue así que la parte del grupo de CONPAZ que teníamos la perspectiva de impulsar un nivel elemental de atención primaria, expusimos la propuesta inicial de proyecto de salud ante todos los promotores, ya sin incluir al hospital. Dicha propuesta delineaba como sus estrategias la atención curativa y preventiva, la educación, la gestión de recursos y la organización del trabajo de salud. Los promotores por su parte se refirieron a sus condiciones de vida y a la situación de enfermedad en sus comunidades, con lo cual al final de la reunión se obtuvo como producto la conformación de una comisión directiva, la división en regiones de la extensión total que abarcaría el trabajo de salud, y el nombre decidido por todos ellos que le daría identidad a la organización: "Cultura Maya"

En los meses que siguieron se inició la capacitación cuyo objetivo primario era, fortalecer a los promotores en el tratamiento de enfermedades comunes y en el auxilio de emergencia a la población civil. Esto se llevaría a cabo en dos niveles, uno con promotores de salud con poca experiencia, todos muy jóvenes, y otro con aquellos que contaban con varios años de trabajo. Dentro de la propuesta general fue también concebida la idea de iniciar la formación de los promotores que integraban la comisión directiva, con el fin de que pudieran llevar a cabo acciones de organización, gestión y control del financiamiento y de los servicios de salud, los cuales deberían responder a las necesidades de la población local. Si bien para ello se solicitó asesoría de una de las docentes de la Maestría en Medicina Social de la UAM-Xochimilco que conoció la propuesta general, en los hechos no llegó a realizarse debido principalmente a los acontecimientos políticos a nivel estatal y nacional y secundariamente por los desacuerdos entre quienes tratábamos de apoyar.

Ante la incertidumbre de aquellos meses existía la tensión, por parte del grupo que íbamos a Guadalupe Tepeyac, entre lo que debería priorizarse en el trabajo de salud, por un lado, la formación para responder a las necesidades urgentes de la población en la situación de guerra, o aquella destinada a fortalecer el control sobre el propio proyecto de salud y el diseño de propuestas a nivel regional y estatal más propio, se decía, de los tiempos de "paz".

Al interior de la comisión médica de CONPAZ³ la discusión era similar, y aunque la mayoría de los ahí reunidos tenía la experiencia para aportar elementos a la segunda propuesta, se optó por continuar con la dinámica de hacer talleres según temas diversos.

La carencia de recursos hacía difícil llevar a cabo la propuesta tal como estaba prevista. La necesidad de obtener un volumen importante de medicamentos para surtir las casas de salud, así como de vacunas para iniciar con acciones preventivas, nos hizo entrever la posibilidad de negociar con las instituciones oficiales del Sector Salud. Entendíamos en esos momentos que la responsabilidad del Estado Mexicano era hacer efectiva la atención a la salud de la población, aún en las circunstancias de conflicto armado.

Hacia poco tiempo se había iniciado la vacunación por parte de los propios promotores, apareciendo días después una nota en la prensa donde autoridades estatales mencionaban que se estaban haciendo efectivos los esfuerzos de llevar servicios de salud a la población en Las Margaritas. Lo anterior provocó una llamada de atención a médicos y promotores por los responsables zapatistas, debido a su participación en las acciones del Sector Salud. Estos consideraban la noticia una mentira además que una de sus implicaciones era el aprovechamiento político de la situación. Posteriormente la posibilidad de negociar recursos y servicios con las instituciones oficiales, se canceló con la aparición de la Segunda Declaración de la Selva Lacandona en el mes de junio de 1994. Esta llamaba a resistir y rechazaba cualquier recurso que viniera del "mal gobierno" si ello implicaba empeñar la dignidad. A partir de ese momento los esfuerzos se encaminaron a la búsqueda de recursos provenientes de la solidaridad internacional (Rivas, G; 1994; p 1-9).

La proximidad de las elecciones para la gubernatura del estado a celebrarse para el 21 de agosto así como la de las elecciones federales a la presidencia, aplazaron las tareas que se venían realizando en el área de salud. La Segunda Declaración de la Selva Lacandona convocaba a diversos actores a luchar a través de cauces pacíficos, para conseguir las transformaciones políticas necesarias para un nuevo proyecto de nación y proponía, una convención nacional democrática con el objetivo de organizar "la expresión civil y la defensa de la voluntad popular". La Convención Nacional Democrática realizada en agosto en la comunidad de Guadalupe Tepeyac, hizo posible la confluencia de cientos de grupos de la sociedad civil de todo el país. En ella ocuparon un lugar relevante los promotores de salud pues junto con una parte del grupo que apoyaba bajo la cobertura de CONPAZ, organizaron todo el aspecto sanitario y se ocuparon de la atención médica de los participantes. En ese evento el comandante Tacho presentó públicamente al grupo de promotores organizados bajo la identidad de Cultura Maya.

3. En la comisión médica de Conpaz se reunían representantes de algunas experiencias comunitarias de salud anteriores a 1994, y personas que recién se comprometían a apoyar en alguna parte de la llamada zona de conflicto

Para el segundo semestre de 1994 había ya un plan general que pretendía dar respuesta a los principales problemas de enfermedad en la zona. No obstante se requería hacerlo más específico, puesto que podía encontrarse cierta variación en la patología, según las regiones en que había sido dividida la extensión que abarcaba la organización de promotores. Por ejemplo, en la selva había casos de leishmaniasis y paludismo que deberían ser atendidos, pero que no aparecían como problema a resolver; tampoco las necesidades de atención de las mujeres campesinas habían sido consideradas en la planeación original. Sumado a lo anterior, se hacía necesario informar en cada región acerca del plan de trabajo y los avances en la búsqueda de recursos, así como de la misma conformación de la organización de promotores, de modo que todos tuviéramos una perspectiva del conjunto. Con ese fin las diferentes personas que en ese momento apoyábamos nos repartimos las regiones para llevar a cabo la actividad, posteriormente deberíamos encontrarnos para reunir la información (Carta descriptiva; oct 1994).

En las reuniones que se tuvieron por región se evidenció, en mayor o menor grado, la idea que los promotores tenían acerca del plan general, de la misma organización para la salud que se quería lograr y de la búsqueda de recursos. Al respecto dicha idea se refería, no a la construcción de una organización para la salud a partir de las propias fuerzas, es decir las de los promotores, promotoras y asesores y asesoras juntos, sino a un plan al que se convocaba a todos para sentarse a esperar paternalmente los beneficios de la capacitación, los botiquines, etc., tal como lo hubieran hecho con un plan gubernamental... o con el proyecto en función de beneficiarios de alguna ONG. En las reuniones con ellos se enfatizó por lo tanto, utilizando para ello el dibujo de un árbol, la estructura organizativa que se quería lograr en el trabajo de salud de acuerdo a un plan general. La idea se centraba en la necesidad de que la misma organización de promotores controlara su proceso, dependiendo cada vez menos de la presencia de un cuerpo de asesores. Para ello ya había sido nombrada una comisión directiva conformada entre los promotores de salud con más experiencia.

De la solidaridad internacional, se pudo obtener el financiamiento para el medicamento básico a las casas de salud, y para iniciar la capacitación a promotores y promotoras. Este no fue gestionado a través de CONPAZ, ni fue administrado por alguna ong. En el primer caso los recursos llegaban directamente a la casa comercial que surtía el medicamento en la Cd. de México, mismo que era enviado posteriormente a Chiapas. En el segundo caso los pocos recursos para la capacitación y adquisición de materiales fueron administrados casi en su totalidad por la directiva de la organización de promotores. Si el objetivo era que Cultura Maya controlara su propio proceso, deberían estar enterados de cuanto dinero llegaba, deberían vigilarlo y administrarlo, no podrían ser simples beneficiarios de una relación clientelar.

Los conflictos.

El plan de capacitación diseñado con base en las últimas reuniones debería iniciar en enero de 1995. Sin embargo las diferencias al interior de quienes apoyábamos, además de los sucesos políticos entre diciembre de 1994 y febrero de 1995, modificaron en adelante el trabajo de salud en lo que respecta al plan original.

En el mes de diciembre, como ya fuera planteado en otro capítulo, el EZLN traspasó el cerco que mantenía el ejército federal, y tomó nuevas posiciones fuera de la llamada zona de conflicto. Junto con ello dio a conocer la conformación de los nuevos municipios rebeldes en las diferentes regiones del estado de Chiapas, con autoridades nombradas por la población civil en resistencia. Así fue que en el municipio oficial de Las Margaritas, el segundo más grande del estado, nacieron los municipios de "San Pedro Michoacán" con cabecera en la comunidad Guadalupe Tepeyac; y en su zona fronteriza el de "Tierra y Libertad" con cabecera en Amparo Aguatinta, abarcando éste además los municipios oficiales de La Independencia y La Trinitaria.

Posteriormente el 9 de febrero se iniciaría la ofensiva policiaco-militar para aprehender a la dirigencia zapatista, lo cual provocó la huida de familias y comunidades a la montaña. Como se sabe, la población de Guadalupe Tepeyac abandonó sus escasas pertenencias para no volver, pues el "Aguascalientes" cercano donde se llevaron a cabo las actividades político-culturales de la Convención Nacional Democrática en agosto, fue destruido y el lugar ocupado por un destacamento militar. En respuesta a la militarización creciente en toda la zona de conflicto, fue que surgieron los distintos "Campamentos Civiles por la Paz", impulsados desde CONPAZ y el Centro de Derechos Humanos "Fray Bartolomé de Las Casas"

Pero en la propuesta de salud no sólo pesaron los acontecimientos exteriores, sino también algunos problemas al interior del grupo que impulsábamos la propuesta original. En realidad no era sencillo trabajar en equipo. La diferencia de personalidades reunidas, que además provenían de experiencias diversas, había dado lugar desde el principio a discrepancias tanto en lo que toca al hilo conductor del plan general ya citado en su momento, como al modo y estilo de hacer las cosas. Esto tenía que ver además en esos meses con el hecho de quién asumía y se sentía con la capacidad de dirigir el plan de salud, entre por un lado los que llegaban a apoyar y se comprometían cada vez más, y quienes habíamos conocido la zona años antes sin decidírnos a permanecer en ella. A su vez la asesora externa que le dio forma al plan de salud y que pudo ser árbitro en ese momento, no podía tener mayor presencia en la zona. En realidad no hubo la voluntad de parte de nadie para abrir un espacio y hacer explícitas las diferencias que permitieran continuar unidos con un objetivo común. Al final el grupo fue perdiendo su conformación inicial precisamente durante los acontecimientos de febrero y meses que siguieron. Algunos continuaron su apoyo de manera más comprometida en esa o en diferente región de Las Margaritas. Otros decidimos y en este caso la que esto escribe, que lo mejor era salir. Como quiera que sea la organización de promotores en la zona de Guadalupe Tepeyac-La Realidad, apoyada de diferente manera ha continuado como tal.

El plan general de atención a la salud.

El plan general que aparece a continuación es similar al planteamiento original del documento que se elaboró en Guadalupe Tepeyac, el cual se quedó en manos de los promotores. Este corresponde a la primera mitad del año de 1994 y sufrió modificaciones posteriores, aunque se ha mantenido en lo fundamental: esto es, la atención a la población civil tanto en una situación de emergencia como en una situación de estabilidad social, la formación continua de los promotores para la atención en sus comunidades, así como la formación de los participantes en la comisión directiva como responsables del proyecto de salud.

El plan comenzaba mencionando las condiciones de alta marginalidad en la zona y estimaba la cobertura potencial del **"Programa Comunitario de Salud Cultura Maya"**, en 18,000 habitantes distribuidos en 60 comunidades que circundan a la antes poblada Guadalupe Tepeyac. La mayoría de ellas menor de 250 habitantes, dispersas en la selva, de difícil acceso y con dificultades para conseguir servicios médicos. Aludía también a la existencia de 10 unidades médicas rurales del Programa IMSS-Solidaridad sin los recursos suficientes para dar una buena atención médica, y a la lejanía del Hospital de Comitán a "2 días caminando y 6 horas en transporte de redilas", a pesar de la existencia del Hospital del IMSS-Solidaridad en Guadalupe Tepeyac el cual tenía fallas en su planeación.

Puesto que las condiciones impuestas por el conflicto armado posterior al primero de enero habían agravado las condiciones de salud de la población en general, el plan aludía a la necesaria colaboración entre la sociedad civil, el Comité Internacional de Cruz Roja y la Secretaría de Salud para atender los problemas más urgentes en la zona. Para ello ya había aproximadamente 120 promotores de salud con varios años de capacitación, los cuales serían la base de un sistema local de atención. A pesar del planteamiento anterior, como ya ha sido mencionado, la relación entre la organización comunitaria de salud y las instituciones oficiales no pudo darse, sobre todo después de la aparición de la Segunda Declaración de La Selva Lacandona.

El objetivo general del plan era:

"Disminuir la morbilidad y mortalidad en la zona este del municipio de Las Margaritas, a través de la puesta en marcha de la estrategia de atención primaria en salud, con el fin de contribuir al proceso de pacificación del estado de Chiapas".

Sus objetivos específicos eran los siguientes:

1. Atender las principales demandas de atención a enfermedades comunes, ofreciendo los recursos necesarios para la curación en el primer nivel de atención.
2. Atender las principales enfermedades de las mujeres.
3. Controlar la presencia de enfermedades prevenibles por vacunación a través de un programa efectivo de vacunación permanente.
4. Establecer un sistema de referencia y contrarreferencia con el segundo nivel de atención en la zona, además de la relación con los recursos tradicionales propios.

5. Realizar programas de tecnología en saneamiento ambiental utilizando tecnologías aceptables socialmente (letrinas secas).
6. Realizar programas de educación para la salud que promuevan el autocuidado y la autoatención a nivel individual y familiar, focalizándolo en mujeres y niños.

Sus estrategias y líneas de acción eran las que a continuación aparecen:

Estrategia I. Atención a Enfermedades Comunes.

Líneas de acción:

1. Diagnóstico situacional de salud elaborado en forma participativa con los promotores de salud, para crear el punto de partida del servicio de atención a enfermos.
2. Formación de niveles de capacitación de promotores de salud y establecimiento del programa de capacitación continua
3. Equipamiento de las casas de salud comunitarias (una por comunidad) con material de diagnóstico y botiquines básicos de medicina alópata como también de plantas medicinales de la zona.
4. Seguimiento a promotores de salud para asegurar la calidad de la atención a los enfermos, así como las operaciones de abastecimiento de medicamentos.
5. Capacitación a cinco técnicos comunitarios para la lectura de exámenes de gota gruesa, baciloscopias y exámenes sencillos de sangre.

Estrategia II. Salud Reproductiva.

Líneas de acción:

1. Capacitación continua a parteras empíricas.
2. Equipamiento mínimo para la atención del parto
3. Visitas de seguimiento a las parteras en las comunidades con el fin de revisar la atención.
4. Detección de embarazos de alto riesgo y canalización a hospital de segundo nivel.
5. Establecimiento de un convenio con las autoridades de salud a nivel local para el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia.

Estrategia III. Atención de la Salud de los Niños.

Líneas de acción.

1. Cubrir en un 100% a la población infantil de la zona del programa de salud con esquemas de vacunación.
2. Establecer relaciones y convenios de coordinación con las autoridades gubernamentales de salud de la Jurisdicción III de Comitán, con el fin de llevar a cabo campañas de vacunación.
3. Capacitar a los promotores de salud para la aplicación de biológicos.
4. Asegurar el adecuado funcionamiento de la red fría.
5. Aplicar un sistema de registro que facilite el control de las campañas de vacunación.

6. En el caso de la tuberculosis realizar un censo de tosedores, así como la administración de sus respectivos tratamientos, previo a la aplicación masiva de la vacuna de tuberculosis.
7. Promover el mejor uso de los alimentos de la región a través de talleres de capacitación en nutrición dirigido a las madres y/o grupos de mujeres.
8. Desarrollar mensualmente acciones del programa de control del niño sano con el fin de que las madres lleven el control del crecimiento y desarrollo de sus hijos.
9. Canalizar a los niños que presenten 2o. y 3o. grado de desnutrición a centros de salud que ofrezcan servicio de vigilancia continua.
10. Establecer convenios con las instituciones de salud gubernamentales y no gubernamentales para la asesoría técnica de esta línea de acción.
11. Aprovechar los servicios de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales que ofrecen papillas en forma permanente a los niños y madres lactantes.

Estrategia IV. Salud Dental.

Líneas de acción:

1. Elección de 15 promotores de salud avanzados para capacitarse como técnicos dentales.
2. Las microregiones del proyecto se beneficiarán con tres técnicos en salud dental cada una.
3. Se realizarán campañas de aplicación de flúor a menores de 10 años.
4. Se establecerá un programa de capacitación continua a técnicos dentales y la multiplicación del conocimiento a promotores de salud en acciones preventivas a la población.
5. Equipos de extracción a los técnicos dentales.
6. Servicio de atención dental en forma programada en las comunidades en donde trabajen los técnicos.
7. Sistema de información para la atención dental.
8. Establecer convenios con las instituciones no gubernamentales que brinden el servicio de capacitación a técnicos dentales.

Estrategia V. Medicina tradicional.

Líneas de acción:

1. Elaborar un censo del personal tradicional en la zona.
2. Promover su participación dentro del programa de salud.
3. Promover encuentros con promotores y demás personal de salud con el fin de intercambiar experiencias en enfermedades, terapéuticas, etc.
4. Recolección de información acerca de las plantas más usadas en la zona para los padecimientos más comunes de la medicina tradicional y occidental.
5. Establecer convenios con instituciones de investigación que colaboren para la realización de este componente.
6. Difusión de información de terapéutica sobre herbolaria.
7. Elaboración de medicamentos con plantas medicinales con el fin de sustituir el uso de medicamentos alópatas.

Estrategia VI. Formación de Recursos Humanos para la Atención Primaria.

Líneas de acción:

1. Elaboración y puesta en marcha de un programa de capacitación a promotores de salud constante y permanente con un tiempo máximo de 2 años de entrenamiento. Contemplando 5 talleres intensivos de 40 horas administrados cada 4 meses en conjunto con una visita mensual de seguimiento en la localidad.
2. Evaluaciones semestrales de las habilidades técnicas a través de exámenes colectivos y de dos encuentros anuales para intercambio de experiencias.
3. Creación de materiales educativos adaptados a las condiciones culturales de la zona. Las formas serán a través de posters, folletos dirigidos a población abierta, parteras y promotores de salud. Administrados de acuerdo a los talleres de salud invertidos.
4. Elaboración y ejecución de un programa de capacitación a parteras empíricas con una duración de 2 años, distribuidos en 4 talleres intensivos de 48 horas y con visitas médicas de supervisión mensuales.
5. Encuentros anuales de parteras para intercambiar experiencias.
6. Elaboración y puesta en marcha de un plan de capacitación para técnicos dentales con una duración de 2 años, distribuidos en 4 talleres intensivos de 48 horas y con visitas médicas de supervisión mensuales.
7. Encuentro anual de personal de medicina tradicional de la zona.

(Programa Comunitario de Salud "Cultura Maya". Plan general. 1994. Pp. 1-9)

En 1994 se consideraba que el trabajo de salud se desarrollaría por etapas, con una duración total de 4 años para su consolidación.

Primera etapa. Creación de la infraestructura sanitaria, material y humana.

- En esta etapa se desarrollarán los programas de formación de recursos humanos cuya duración será de 2 años aproximadamente.
- Al mismo tiempo se continuará con la construcción de las casas de salud por cada comunidad que aporta la población.
- Se abrirá el servicio de atención a enfermedades comunes en casas de salud.
- Se establecerán los convenios con las instituciones gubernamentales y no gubernamentales para la realización de las estrategias prioritarias como son las de la salud de la mujer y del niño.
- Se establecerán los convenios con las instituciones para diseñar el sistema de referencia y contrarreferencia.
- Se gestionarán los recursos financieros que ofrezcan seguimiento a mediano plazo, para dar mayor viabilidad al programa de salud.

Segunda etapa. Desarrollo de las capacidades del programa.

(Un año de duración).

- Se realizará una evaluación diagnóstica con el fin de detectar fallas generales del programa de salud.
- Se establecerán normas de eficiencia y eficacia de las actividades del programa.
- Se enfatizará en las estrategias de salud dental y medicina herbolaria.

- Se anularán las estrategias que hayan demostrado no responder a las necesidades de la población y se pondrán en marcha las necesarias.

Tercera etapa. Consolidación.

(Un año de duración).

- Se evaluará el impacto del programa de salud en la población beneficiada.
- Se diseñarán y aplicarán mecanismos de funcionamiento autónomo del programa de salud.
- Se desarrollarán formas de autofinanciamiento para algunos servicios que ofrezca el programa de salud, con el fin de disminuir la dependencia financiera.

La formación de los promotores en la comisión directiva como responsables de su proyecto de salud, corresponde a la estrategia VI. Formación de recursos humanos para la atención primaria. Los objetivos reelaborados fueron los que siguen a continuación.

Objetivo general:

- Facilitar el proceso de apropiación de conocimientos para participar activamente en la organización, la gestión y el control de los servicios de salud para garantizar que su orientación responda a las necesidades locales de salud.

Objetivos específicos:

- Desarrollar la capacidad de elaborar diagnósticos de las condiciones de salud locales y por grupos socio-demográficos (p.e. los problemas de los niños, las mujeres, los ancianos, de los jornaleros, etc.)
- Desarrollar la capacidad para ordenar las necesidades de salud y definir un conjunto de acciones concretas.
- Desarrollar la capacidad de gestionar y administrar los distintos recursos comunitarios para la salud.
- Desarrollar la capacidad de dar seguimiento a las acciones de los programas de salud y de evaluar sus resultados.
- Articular el quehacer del Programa de Salud Cultura Maya, con los servicios gubernamentales de atención médico sanitaria.
- Apropiarse del programa y constituirse en sus voceros frente a los distintos sectores y las diversas instituciones.
- Apropiarse de un “capital cultural en salud” que les permita expresar claramente sus necesidades y el tipo de políticas y de servicios de salud que requieren sus comunidades.
- Lograr una progresiva independencia del Programa Comunitario de Salud Cultura Maya, de la dirección y gestión de asesores externos.

(Programa Comunitario de Salud “Cultura Maya”. Estrategia VI. 1994. Pp 1-3).

La formación de Cultura Maya en la zona fronteriza de Las Margaritas.

Después de los sucesos citados, y en ocasión de la entrega del medicamento que le correspondía a la zona fronteriza de Las Margaritas producto del financiamiento conseguido, es que uno de los asesores médicos del grupo original, pudo establecer contacto con el responsable de salud. Ambos veían la necesidad de darle continuidad al plan que se había comenzado desde el año anterior en Guadalupe Tepeyac y que en 1995 ya no había tenido continuidad. La selva fronteriza de Las Margaritas en realidad no estaba siendo atendida por nadie, ni para capacitación, ni para abasto u otro tipo de ayuda. “Incluso uno de los reclamos que tenían los promotores de salud de esta región es que muchos recursos y materiales que llegaban de parte de la solidaridad nacional como internacional, se concentraban en un solo punto y que para ellos nunca había llegado nada en apoyo”. Al parecer todo lo que llegaba se concentraba en la región que ahora tenía su sede en La Realidad Trinidad, comprendida dentro de la llamada “zona de conflicto”. Por otro lado es importante mencionar que aunque aún hoy existen en la región fronteriza ONG’s con largos años de experiencia, ellas han estado principalmente al servicio de los refugiados guatemaltecos desde que cruzaran territorio mexicano en 1980, beneficiándose la población campesina mexicana sólo de manera marginal.

De ese contacto fue como se inició con el plan de formación a promotores de salud en la región fronteriza de Las Margaritas. A la convocatoria asistieron aproximadamente 40 campesinos y campesinas tojolabales, tzotziles y mestizos, todos bilingües, de aproximadamente 20 comunidades. La mayoría eran muy jóvenes e iniciaban por primera vez su capacitación. Contrariamente al resto de las regiones que abarcaba Cultura Maya, había muy pocos promotores de salud con varios años de experiencia.

Los objetivos.

Los objetivos de la propuesta original se mantuvieron en lo fundamental como fueron pensados en 1994, en ocasión de aquellas reuniones con la organización de promotores de salud y con la comisión directiva de la misma. No se trataba de un proyecto acabado y tampoco se refería simplemente a la búsqueda de financiamiento como ya se hubiera señalado. Era el proceso de crear, de dar forma a la organización para la salud aun sin conocer con exactitud cuales eran los pasos que deberían darse. Podría decirse que se trataba del establecimiento de un “sistema local de atención a la salud”, pero entendido como una estructura organizativa que partiendo de los promotores y promotoras, proporcionara la atención básica en sus comunidades, con la necesaria referencia y contrarreferencia de pacientes a otro nivel de atención; pero también se trataba de generar una estructura autónoma y permanente que planeara, gestionara y administrara sus propios recursos. Se planteaba que el eje de todo ese proceso tenían que ser los promotores y promotoras, y por lo tanto la organización para la salud como sujeto colectivo. Eso fue lo que se intentó construir cuando se retomó el contacto nuevamente con la región fronteriza.

La capacitación como espacio colectivo.

De acuerdo con lo anterior, la formación de promotores y promotoras se constituía en la estrategia más importante para dar forma a una organización popular para la salud y por lo tanto a un sistema organizado para la salud. A través de la capacitación se les proporcionaron las herramientas de conocimiento, particularmente las de emergencia dadas las circunstancias, y las herramientas materiales que les permitieran dar una atención a sus comunidades. Al mismo tiempo se iban dando los pasos para construir con ellos, y desde ellos, una propuesta organizativa en salud. Al respecto señala el asesor médico "se ha hablado con los compañeros en términos de ir construyendo la organización de salud, de ir haciéndola a partir de las necesidades y demandas de los pueblos, y tomándolos a ellos como los impulsores de este proceso en sus comunidades" (Entrevista con asesor médico, septiembre 1997).

Es decir se fue trabajando de manera simultánea no sólo el aporte del conocimiento para resolver los problemas de enfermedad, sino también el conocimiento más amplio de las políticas estatales y nacionales de salud en el contexto en que ahora ocurrían, además de los problemas específicos de la conformación de la organización misma. En concreto, explica el asesor médico "los talleres están divididos en dos momentos en general, lo que sería la parte técnico-médica, y lo que sería la parte de organización y discusión de problemas propiamente, de alternativas y propuestas". Con ello se ha tratado de que la formación como promotor y promotora de salud además de dar alguna respuesta a las necesidades de la comunidad, tuviera justamente un sentido más global y de largo plazo, de modo que aquellos pudieran responderse a la pregunta ¿Para qué va a servir mi trabajo en el contexto actual y en el futuro? (Ibidem)

La capacitación en los temas prioritarios de la atención primaria en salud se llevó a cabo a partir junio de 1995 de manera mensual, por medio del enfoque de riesgo. Los temas trabajados en ese año correspondieron a las "Enfermedades por falta de agua y servicios sanitarios" que se refiere a infecciones y parasitosis gastrointestinales y de la piel, "Enfermedades por una vivienda y ropa inadecuada" concerniente a infecciones respiratorias, "Tuberculosis, paludismo, leishmaniasis y dengue" más específicas de la selva, así como el tema de herbolaria haciendo un pequeño recorrido y un pequeño herbario de plantas de la región.

Durante todo el año de 1996 las condiciones políticas con su especificidad en la región fronteriza, permitieron que la frecuencia de los talleres fuera menor, cada dos meses, y que los temas pudieran referirse a otras enfermedades y problemas como los siguientes: "Guerra de baja intensidad y Políticas de salud", "Enfermedades derivadas del proceso de trabajo campesino" relativas a accidentes y problemas degenerativos como la osteoartritis, "Problemas relacionados con la etapa reproductiva de la mujer" acerca del embarazo, parto y puerperio, "Enfermedades de las niñas y niños y derechos de éstos", "Enfermedades de transmisión sexual". Al final del mes de diciembre de 1996 se realizó una evaluación general de las actividades y una reunión con representantes de varias comunidades para informar lo que había sido el trabajo de la organización de promotores durante año y medio.

Para 1997 los talleres se fueron espaciando aún más hasta llegar a efectuarse cada tres meses, con temas como los siguientes. "Reanimación cardiopulmonar y primeros auxilios", nuevamente el tema de herbolaria pero esta vez se trabajó sobre todo

la preparación de medicamentos con plantas medicinales, más adelante se tocó el tema de “Uso adecuado de medicamentos” y al final se hizo un repaso general de los temas vistos en el año y una nueva evaluación.

Otros espacios y prácticas sociales del colectivo

Es importante aclarar que si bien los momentos de la capacitación le dieron forma al espacio colectivo de los promotores y promotoras de salud, estos no han sido los únicos. Más importante aún fue el hecho de que ellos hicieran sus propias reuniones para tomar sus acuerdos y llevar a cabo tareas como una organización para la salud. Cada uno de ellos a su vez, toma parte en los acuerdos intracomunitarios e impulsa el mejoramiento de su lugar. Por ejemplo, hay acuerdos establecidos que tienen que ver con el mantenimiento de condiciones de higiene en la comunidad, como la construcción de letrinas y el recorte de pasto y hierba que ellos llaman “chaporreo de monte”, y que se efectúa cada dos o tres meses. La tarea de los promotores no es sólo impulsar estas actividades, sino también formar parte de comisiones que vigilan que éstas se cumplan. En el caso de las letrinas, una comisión visita mensualmente las casas para revisar que se encuentren en condiciones de limpieza. Por otro lado ellos como organización de promotores fueron los que gestionaron la obtención de vacunas ante la Cruz Roja Mexicana. Ellos calculan cuántos niños tienen que vacunar, levantan un censo y de acuerdo a ello saben cuánto biológico solicitar, además de que llevan el control de la actividad. Tales son parte de los acuerdos que se han tomado con las comunidades y como organización de promotores no solo para la región fronteriza, sino para el conjunto de regiones en Las Margaritas.

Uno de los productos del proceso de capacitación, es la atención a la salud que los promotores y promotoras brindan a la gente de sus comunidades con los muy escasos recursos de que disponen, así como el discernir quienes no pueden ser atendidos en el lugar y deben ser enviados a otro nivel de atención. La referencia de pacientes es hecha entonces a la clínica de Nuevo Poza Rica, a la clínica-hospital del IMSS en Guadalupe Tepeyac o más frecuentemente al Hospital Regional de Comitán. Con el fin de registrar el trabajo de salud que se lleva a cabo, la mayoría de los promotores y promotoras tienen un “cuaderno de consulta” donde anotan los datos generales de la persona enferma, su diagnóstico, tratamiento y seguimiento del mismo. A su vez el médico que les brinda asesoría y acompañamiento, registra y sistematiza mensualmente la atención que ellos proporcionan según sus diagnósticos. Durante los talleres se recibe esa información de casi todos los promotores y se vacía a un formato especial. Dicha información tiene diferentes utilidades. Una de ellas consiste en mostrar a los mismos participantes la magnitud de su trabajo de acuerdo al volumen de consultas en un determinado período de tiempo.

Con ellos se reflexiona acerca de lo que costaría dicha atención si fuera pagada, y el ahorro que su trabajo le significa a la persona enferma y su familia en lo que **respecta** a pasajes, días perdidos, comida y hospedaje en la ciudad. Más aún, el ahorro **que** significa para la comunidad, en función del número de enfermos atendidos **mensualmente**, y el ahorro que significa todo el trabajo de salud para la región. A partir de ese ejercicio los promotores y promotoras valoran más su trabajo y esperan que sea igualmente valorado por la gente de sus comunidades

Otra de las utilidades relacionada con la primera es que la información puede ser proporcionada a los pobladores de cada comunidad, con el fin de que el trabajo de los promotores se vaya haciendo visible. Por la misma razón la información se ha difundido entre sus diferentes autoridades, en este caso las del Consejo Municipal Autónomo, para que ellas a su vez se den cuenta de la magnitud e importancia del trabajo de salud. Como es lógico suponer, la información también es utilizada para conseguir apoyo económico proveniente de la solidaridad nacional e internacional.

Necesidades y problemas

Un taller de capacitación es sólo un momento específico para conocer el trabajo que realiza en su comunidad el promotor, razón por la cual el seguimiento se constituye en una tarea importante para acercarse al trabajo de salud. Desde mediados de 1996 se planteó por ellos mismos y por el asesor médico, la necesidad de visitar la comunidad de cada uno de ellos, con el fin de observar las actividades que desempeñan, cómo las hacen, cómo es la atención que prestan, qué dificultades y necesidades tienen, elementos de conocimiento que servirían para brindar una mejor asesoría misma que elevaría la calidad del trabajo de salud.

Sin embargo, lo anterior no ha sido posible. Por un lado existe el problema de que hay un solo asesor médico que apoya ese proceso, el cual tendría que recorrer 20 o más comunidades en un determinado período de tiempo. Por otro lado dicha persona pertenece a un equipo de apoyo que da asesoría a otros trabajos de salud en otras zonas campesinas fuera de Las Margaritas, lo cual no le permitiría dedicar todo su tiempo a esa tarea. Si bien en la asesoría a la región fronteriza se agregaron inicialmente dos personas más del mismo equipo de apoyo, posteriormente han dejado de participar en función de sus mismas ocupaciones. Esta situación como lo dice el mismo asesor médico, ha dado lugar a que la orientación del trabajo se haga desde su propia perspectiva. No obstante continúa su coordinación con otro de los médicos que apoya desde 1994 la zona de la selva de Las Margaritas hacia Guadalupe Tepeyac-La Realidad.

La presencia del asesor médico serviría también como aval para reforzar a los promotores de salud en sus comunidades, pues mostraría que ellos no están solos sino que tienen un respaldo. lo que podría modificar el poco apoyo que a veces tienen de parte de la gente. Al respecto hay que señalar que todos han sido nombrados en asamblea comunitaria, o si esto no es así, por la parte que es base o simpatizante zapatista. El ser elegidos para salir a formarse en salud, implica que adquieren una responsabilidad que debe ser asumida, la de dar un servicio a la comunidad; pero implica también que cuentan con el apoyo de quienes los nombraron. Sin embargo como ya ha sido mencionado anteriormente en los hechos esto no siempre es así, pues sucede con frecuencia que el promotor o promotora de salud no recibe ninguna ayuda para su traslado a los talleres o para el trabajo que deja de hacer en su milpa o su cafetal cuando tiene que salir a capacitarse, o cuando participa en las vacunaciones o en alguna otra actividad. Más aún, ha sucedido que por estar ocupado en alguna de sus tareas como promotor en ocasión de un trabajo comunitario, se le castiga o se le impone multa por no haber cumplido. Si bien pocos promotores gozan del prestigio de serlo en función de su experiencia, en general el cargo es poco valorado por la comunidad.

Quien lo asume lo hace por convicción, a veces por gusto, pero también como una obligación y es objeto de exigencias de parte de la población. Por ello varios promotores han dejado de serlo pues además del desánimo por la poca valoración, implica en mayor o menor grado una carga económica ante un trabajo que no es retribuido de algún modo.

El deterioro de la economía familiar es otro problema que se relaciona con el anterior. A diferencia de las otras regiones de la selva de Las Margaritas, como la vía Nuevo Momón-Guadalupe Tepeyac-La Realidad, las cuales a partir de 1994 y después en 1995 se militarizaron grandemente modificando la vida de sus habitantes, la región de la selva fronteriza con Guatemala se había mantenido relativamente en calma continuando la cotidianidad de su vida social. Los autobuses de pasajeros entraban o salían sin dificultad, a pesar de la presencia de dos destacamentos militares, uno en el desvío de Las Flores y otro en Flor de Café. La gente de las comunidades podía salir a sus actividades agrícolas y comercializar sus productos, si bien iban resintiéndose cada vez más los efectos económicos de la guerra, pues entre otras cosas los civiles zapatistas en resistencia, habían dejado de percibir en mayor o menor grado los recursos gubernamentales como Procampo. Al deteriorarse progresivamente la situación económica, sobretudo para los simpatizantes zapatistas, algunos tuvieron que salir de su comunidad a buscar trabajo fuera de Las Margaritas y aún fuera del estado. Aquellos promotores de salud con menos recursos por lo consiguiente, tuvieron que dejar el cargo para buscar el sustento familiar.

Los escasos recursos económicos para adquirir medicamentos tampoco han permitido que los promotores puedan proporcionar una mejor atención a la gente de sus comunidades. Hasta 1995 como parte del plan general, se contó con un apoyo importante para abastecer a casi todas las regiones en que se dividía la zona de la selva de Las Margaritas. Sin embargo en la región fronteriza, se tomó el acuerdo de que el medicamento no debería ser cobrado a los enfermos, lo que hubiera facilitado que se generara un pequeño fondo revolvente. Esto era posible puesto que la actividad económica aunque con dificultades, aún se mantenía. El que los promotores no puedan proporcionar un mejor servicio al interior de sus comunidades por falta de medicamentos, ha generado que no se vea el beneficio de su trabajo⁴; sin embargo es justo reconocer que también tienen que ver en ello el problema tan extendido de la medicalización de la población campesina, la cual deposita la solución de sus enfermedades en “pastillas, jarabes o inyecciones” perdiéndose de vista el valor de las medidas preventivas o el uso de otras terapias, incluida la medicina de sus antepasados.

4. Actualmente algunos problemas de enfermedad tienen que ver con la situación de stress derivado del conflicto armado que vive la población. Un ejemplo son los dolores de cabeza continuos y el cansancio, los cuales no se van a curar con el uso indiscriminado de medicamentos.

Como resultado de lo anterior no es entonces difícil entender que la gente acuda donde sí es probable encontrar medicamentos: con el promotor de salud del CAS⁵ o el del IMSS, situación que en el contexto de la contrainsurgencia debe entenderse como la utilización de recursos públicos para el debilitamiento de trabajos de salud independientes, que con grandes dificultades pueden conseguirlos.

A pesar de todo, la carencia de medicamentos ha tratado de ser compensada por parte de los promotores con el uso de plantas medicinales y la elaboración de preparados a base de ellas. Los resultados han sido aparentemente pobres pues como ya se señaló la población espera que el promotor le proporcione "medicina de farmacia". Como menciona uno de los asesores de la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas, OMIECH⁶, que cuenta con dos comunidades socias en la región fronteriza, la población indígena de Los Altos que migró a esa parte de la selva ha perdido en grado variable sus conocimientos sobre herbolaria. En tal sentido "es difícil sustituir una terapéutica como ha sido la del uso del medicamento, debido a su alto costo o la razón que sea, por otra terapéutica como las plantas medicinales que la población ya no utiliza o lo hace escasamente. Ello implica por lo tanto dejar a la población prácticamente sin recursos para atender sus padecimientos" (Entrevista asesor de OMIECH; marzo 1998).

La situación aludida es tal vez una más de las razones que explica por qué el número de promotores de salud y las muy pocas promotoras había disminuido a lo largo de 1997, de modo que para fines de ese año ni siquiera pudo ser hecho el plan de trabajo para 1998. Era además preocupante que en el diagnóstico regional que realizaron los promotores de salud a través de su consejo, el asesor médico y los miembros de algunas ONG's los primeros meses de 1998, se encontró como un problema el desánimo producto de la prolongación de la resistencia y el deterioro de la situación económica, sobre todo durante el periodo de preparación de la tierra y la siembra. La gente se encontraba entonces ante una disyuntiva: por un lado como civiles zapatistas no deberían aceptar recursos gubernamentales pues se harían acreedores de alguna sanción y, por otro lado, tenían necesidades familiares apremiantes. Ante esa situación pedían una orientación de sus responsables acerca del sentido mismo de la continuación de la resistencia, siendo la respuesta al parecer la misma: resistir. Es importante mencionar también que ante la necesidad, la gente fue presionada a aceptar "El acuerdo estatal para la paz y reconciliación" del interino gobernador Albores para tener acceso a los recursos de Procampo.

5. Los CAS (Centro de Atención Social) para las microrregiones de Las Cañadas, derivan de la creación del Convenio de Coordinación Interinstitucional Federación-Estado, celebrado en mayo de 1995 para la ejecución del Programa de la Región de Las Cañadas. Su función está orientada a coordinar las acciones de las diferentes instituciones en su área de influencia. Transfiere recursos, realiza convenios de concertación, da seguimiento y evalúa los avances físicos y financieros de los proyectos de inversión. "En todos los casos se busca la participación comunitaria y de las organizaciones sociales y municipales". Hay un centro en Las Margaritas y en otros municipios fronterizos como La Trinitaria e Independencia (Coplade; 1995: p 22).

6. La OMIECH es una organización que surgió 1983, formada por médicos tradicionales y parteras con el fin de defender y fortalecer los conocimientos médicos que sobre la salud y la enfermedad poseen los pueblos indígenas. Cuenta con grupos o comunidades socias en las regiones de Los Altos, Norte y Selva de Chiapas, en algunas de las cuales se desarrollan huertos de plantas medicinales. Actualmente cuentan con un museo de la medicina maya.

La Comisión Directiva.

En la zona fronteriza también se formó una comisión directiva elegida por la asamblea de promotores y promotoras de salud. Esta era mucho menos numerosa que aquella primera comisión formada por dos representantes de cada una de las regiones, que abarcaba originalmente la extensión de "Cultura Maya" en 1994. El objetivo de esta estructura formada por un presidente, un tesorero y vocales, es orientar y tomar decisiones acerca del quehacer de la organización para la salud. Sus funciones son convocar y presidir las reuniones, coordinar las actividades en su conjunto, además de administrar el escaso fondo económico proveniente de la solidaridad internacional.

No obstante que dicha comisión estaba conformada por varias personas y que las decisiones deberían tomarse colectivamente, en realidad éstas se centraron en el presidente de la comisión. Más grave aún fue que la comisión directiva no animara al conjunto de los promotores y promotoras de salud a participar en las decisiones y en el control sobre los recursos existentes, asumiendo éstos una actitud pasiva que dejó que las responsabilidades se individualizaran en una sola persona. En ello tuvo que ver inicialmente la gravedad de la situación derivada de las acciones policiaco-militares de febrero de 1995, que hacía necesario centralizar las responsabilidades. Al final el agotamiento en el cargo y las dificultades económicas en la familia, llevaron al presidente a retirarse para buscar trabajo fuera del estado, haciendo un uso indebido del dinero. Pero lo ocurrido fue una llamada de atención en el sentido de que hace falta generar mecanismos que permitan al interior de la organización de promotores, una participación más dinámica en la toma de decisiones de modo que no quede en que solo es válido lo que dice el presidente o el secretario. Implica también la misma formación de los miembros de la comisión directiva, como dirección política, en términos de que tengan claro el sentido de su cargo, uno de cuyos objetivos debiera ser impulsar la participación del grupo.

De acuerdo con lo anterior, la necesidad de entender lo que estaba sucediendo acerca de las políticas públicas en salud a nivel estatal y federal, además de la intención de adquirir herramientas que sirvieran al trabajo organizativo, fue el motivo para participar en el diplomado que la UAM-Xochimilco llevó a cabo sobre política sanitaria y planeación en salud. A este último asistió uno de los miembros de la comisión directiva, el cual fue elegido por el conjunto de la organización de promotores. Su nueva formación tal vez habría servido para orientar el trabajo del Consejo de Salud del municipio autónomo Tierra y Libertad, sin embargo no fue elegido para participar en dicha estructura, ni fue buscado para colaborar con ella.

El Foro - Encuentro de Promotores de Salud de Moisés Gandhi.

Tal vez más importante por la repercusión directa en el trabajo de salud a nivel regional, haya sido la participación de los promotores campesinos de la organización "Cultura Maya", en el Primer Foro-Encuentro de Promotores y Agentes de Salud en la comunidad de Moisés Gandhi, perteneciente a la región autónoma de Tzotz Choj, Ocosingo. El evento tuvo como objetivos centrales por un lado, intercambiar experiencias entre los diferentes grupos asistentes para conocer la realidad de cada uno; por el otro discutir y elaborar una propuesta política de salud que partiendo de los mismos participantes pudiera ser aplicada por parte de cada grupo. Como estaba

previsto, en dicho foro los promotores y promotoras de salud pudieron darse cuenta que vivían situaciones similares en el contexto de la guerra y aportaron la riqueza de sus experiencias, algunas novedosas en lo que a autodeterminación para la salud se refiere, en el sentido de que quienes toman las decisiones no son asesores médicos, ONG's, o agentes externos aún cuando son un apoyo importante, sino antes que nada los propios promotores de salud con una estructura organizativa que se han dado para tal fin.

En la "Declaración de Moisés Gandhi" se rescata lo que dijeron los promotores y promotoras acerca de la necesidad de valorar su tradición curativa, no sólo por ser útil sino porque es parte de su identidad como pueblos y los mantiene unidos. En el documento reafirmaron también su necesidad de capacitarse integralmente en otros métodos de prevención y atención a la salud, además de la medicina occidental. Demandaron como siempre desde hace muchos años, que las instalaciones médicas contaran con el personal y recursos necesarios para dar una buena atención y un trato humano. Y sobre todo declararon que sus pueblos tienen la capacidad de tomar sus propias decisiones y que por lo tanto las comunidades deben participar en la elaboración de las políticas de salud, tomando las decisiones y vigilando que éstas se cumplan. "La salud en manos del pueblo es parte importante de la democracia y autonomía" (Declaración de Moisés Gandhi; febrero 1997; p. 6).

Pienso que dicho Foro Encuentro fue significativo para el trabajo de salud posterior en la región fronteriza, porque de ahí se desprenderían ideas para alimentar el trabajo del Consejo de Salud del Municipio Autónomo Tierra y Libertad.

LA ORGANIZACIÓN POPULAR TOJTZOTZE LI MAYA.

La formación de la organización campesina Tojtzotze Li Maya (Verdadera Fuerza Maya).

La Tojtzotze Li Maya es otra de las organizaciones campesinas en la zona fronteriza de Las Margaritas que surgió después de 1994 con el levantamiento zapatista. Identificada con las mismas demandas del EZLN y las causas que dieron origen al conflicto no forma sin embargo parte de sus bases de apoyo, y su forma de lucha tiene diferencias. A pesar de todo no nació repentinamente y como suele suceder, tuvo como antecedente el lento proceso de acumulo de experiencias desde tiempo atrás.

Desde 1979, a pocos años de haber llegado a la selva procedentes de Los Altos, algunos de los pobladores se organizaron para hacer frente a un brote de sarampión, donde al decir de ellos murieron muchos niños. A partir de entonces salieron a capacitarse en las habilidades necesarias para atender los problemas más urgentes en sus comunidades. En esos años el Hospital General de Comitán o la Iglesia Católica ofrecían algunos cursos de salud para campesinos a los cuales asistían. Como ellos explican: "En eso nació la necesidad de organizar, salir en cursos, en talleres en diferentes partes, en las iglesias, bueno a veces también en el hospital que dan cursos de capacitación. Y así empezamos a encontrar otros compañeros de otras comunidades en cursos y talleres".

Con la llegada de los refugiados guatemaltecos y la de las ONG's para apoyarlos a principios de la década de los 80, algunos de los campesinos mexicanos continuaron su formación como promotores de salud al lado de aquellos. Esa experiencia les permitió conocer acerca de la guerra en el vecino país y de la situación de emergencia que vivían los campesinos guatemaltecos que buscaban refugio. Con el paso del tiempo también les permitió reconocerse como campesinos indígenas mexicanos con sus propios problemas y su necesidad de organizarse.

"De aquellos años de cuando iniciamos, muy poco, nada más unas tres comunidades cuando iniciamos. Bueno con esos tres promotores, es decir que un promotor de cada pueblo cuando iniciamos. Pues ¿qué vamos a hacer? porque... bueno preguntamos los problemas de cada comunidad, porque cuando encontramos un curso de capacitación ahí salió la plática ¿Cómo vamos a hacer? ¿será que así vamos a estar todo el tiempo? pues yo creo que no ¿y cómo vamos a hacer?. Bueno por tanto idea del otro y el uno también conjuntar idea de los tres, iniciar de ¿qué vamos a hacer, será que así vamos a estar? Yo creo que si no exigimos nada o no organizamos más compañeros, también las autoridades de las comunidades, yo creo que no vamos a salir adelante, vamos a seguir lo mismo y lo que vamos a hacer yo creo que tenemos que caminar un poco, visitar la gente, visitar las comunidades para poder organizar mejor, porque si así nadamás de tres no tenemos vida y luego no solamente vamos a quedar así, necesario los promotores, que haya más promotores para que se capaciten y dando atención en las comunidades, es decir multiplicar los promotores. Y eso, salimos a visitar las comunidades, platicar con las autoridades. Bueno del plática nombraron sus promotores, ahí donde juntamos de diez, hasta veinte promotores, y se hizo talleres de capacitación, ahí donde formamos coordinadores de promotores de salud para poder dar... bueno conseguir biológico, también medicamento".

Para 1985 ya había 5 comunidades donde existían promotores de salud que se responsabilizaban de la vacunación. La necesidad de resolver los problemas de enfermedad fue lo que dio lugar a la búsqueda de diferentes instancias donde recibir capacitación, y más tarde a la conformación de una pequeña organización para la salud. Algunos de los promotores mexicanos recibieron durante varios años capacitación en la clínica de Nuevo Poza Rica del Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos (CCESC), ligado al Instituto Nacional de la Nutrición (INNSZ). Esta ha sido desde entonces una de las ONG con más presencia en la región fronteriza de Las Margaritas, importante centro de referencia para la atención médica tanto de refugiados guatemaltecos como de nacionales, así como para la formación de promotores de salud. Sin embargo a pesar de los beneficios que podría significar continuar la relación y ser apoyados por el CCESC, los campesinos mexicanos decidieron a partir de 1994 organizarse por su cuenta y solicitar apoyo para capacitación de una ONG de segundo nivel llamada Promoción de Servicios de Salud y Educación Popular (PRODUSSEP)¹.

De su paso por el CCESC el promotor de salud y dirigente en la Tojtzotze, expresa cierta insatisfacción por el alejamiento por parte de la ONG, de la problemática y expectativas de los promotores de salud mexicanos. "De eso en CCESC yo también capacité como 3 años en CCESC, pero eso vemos que ahí nada más que tienen programa como refugiados. Como mexicanos llegamos ahí y en las reuniones hablan como COMAR, ACNUR, repatriados... nada más nosotros llegamos a dormir, a cabecear en la reunión, pero si nos nombraron como representantes los promotores y no, no sabemos que onda, ni de planeación. No sabemos, nada más presente promotores ¿y que es eso? ni lo sabemos, y en eso nosotros exigimos también de que haya reconocimiento como organización de promotores también. Pero nunca aceptó el CCESC y entonces vemos que si es así, que no, mejor entonces vamos a iniciar nuestra propia organización como promotores mexicanos. Es donde empezamos a organizar para tener nuestro propio voz y nuestro propia decisión, eso es lo que vemos que ahí como que no. Si decimos una cosa CCESC dice que no, pero por qué entonces... es donde también pensamos que la autonomía de los pueblos ¿cuándo va a nacer y cuándo vamos a ver nuestros derechos de cuestión organizativo? Vemos que el CCESC no jala... bueno si no jala de todas maneras vamos a trabajar solos, a ver donde encontramos asesoría".

Las ONG's de la zona fronteriza, comprometidas en diverso grado con el proceso guatemalteco, priorizaban las necesidades de los refugiados, dando poca respuesta a las inquietudes de la población mexicana con la que también trabajaban. Probablemente uno de los desaciertos del CCESC fue no ver ni aceptar la nueva identidad que se gestaba entre los indígenas mexicanos y que estaba próxima a estallar para 1994. Si bien después de ese año comenzó a llegar más población nacional para recibir atención médica, cuando ya los refugiados guatemaltecos habían iniciado el retorno a su país.

¹ Promoción de Servicios de Salud y Educación Popular, por sus siglas PRODUSSEP, es una organización no gubernamental a nivel nacional. En el sureste corresponde a una red de grupos de promotores campesinos y programas de salud que se distribuían sobre la mitad del territorio chiapaneco colindante con Guatemala y una parte de Campeche. La asamblea de socios a nivel regional y nacional son la máxima instancia de decisión. Un representante de la región acude periódicamente a reuniones de coordinación en la Cd. de México. Había anteriormente un grupo de asesores salido de diferentes programas que se encargaban de la capacitación a diferentes grupos de promotores.

lo que parece cierto es que las organizaciones populares de salud mexicanas poco se acercaron al CCESC con la que tuvieron algunos desacuerdos. Uno de ellos se refiere a lo ya relatado.

“De 85 seguimos trabajando en esto y ya contamos como 5 pueblitos en 85, de trabajar con los promotores vacunando, visita las comunidades, y de 1992 de ese año empezamos ya a formalizarlo, como que necesario organizar como promotor no nadamás suelto llegar a un curso o taller de capacitación. Así iniciar en la nueva sociedad, pensamos que vemos que la salud no es... no solamente dar atención ni vacunar los niños, es necesario muchas cosas que hacerlo”.

Para 1996 surge la Tojtzotze Li Maya (Verdadera Fuerza Maya) cuyo nombre alude a las primeras letras de las palabras Tojolabal, Tzotzil, Tzeltal, para significar la organización de las tres etnias que conviven en la zona fronteriza de Las Margaritas. El motivo por el cual se formó fue para dar respuesta a los problemas de enfermedad en la región, por lo que inicialmente se trataba de una organización de promotores de salud.

Los objetivos.

Uno de sus dirigentes, tzotzil procedente de San Juan Chamula el cual inició su formación como promotor de salud desde 1979, cuenta acerca de las razones que llevaron a la conformación de la organización

“Bueno iniciamos en salud y vemos que la desnutrición, que las enfermedades que mucho encontramos en la atención primaria, vemos que las causas también que no basta dar tratamiento, no basta dar pláticas, hay muchas cosas que necesita hacerlo en cuestión de situación social, y luego del producción y comercialización, porque vimos en nuestra zona, en nuestra región, que... bueno nosotros cosechamos frijol, maíz, café, y vemos que es necesario organizar así una organización social para poder vender nuestros productos, porque solamente organizados podemos comercializar lo que producimos en el campo, y también buscar programa de mejorar los alimentos, también siembra de frutales. En eso es una lucha larga y también de 1993 y 1994 empezamos a moverse para exigir también nuestros derechos, porque solamente también ahí viene la desnutrición y el hambre, también la falta de atención de todo, de servicios, de agua, de muchas cosas, porque el gobierno vemos también que no hay atención para nosotros, y que los servicios más hay con ellos. Bueno en las poblaciones estamos muy olvidados, es donde nosotros iniciamos organizarnos”

Muy lúcido acerca de que la salud-enfermedad está condicionada por diversas situaciones de índole económica, social y política que intervienen en la calidad de vida de los pobladores de las comunidades, es que impulsa otros trabajos dentro de la organización más allá de la atención a la salud, por parte de los mismos promotores campesinos. Si el objetivo inicial fue tratar de resolver los problemas de enfermedad que a partir de 1992 los llevara a organizarse con una identidad propia, posteriormente los objetivos habrían de ampliarse.

“Son tres cosas. Uno es salud, pero el otro es también el producción de mejorar el calidad del cultivo para poder comercializar. Es decir si no hay desarrollo tampoco hay salud, y si no hay salud tampoco hay desarrollo, vemos que es necesario llevar.

Pero la otra parte también, la educación es muy importante para nosotros, porque en la selva vemos que no hay, bueno allá como ya inició de secundarias, pero estamos exigiendo también que el gobierno que haiga preparatoria o bachillerato, algo de medio superior, y eso es lo que necesitamos exigirlo. En ese sentido empezamos a organizar no quedamos nada más de salud, ni de la producción, pero si es muy importante las tres cosas que estamos pensando hacer”.

La capacitación como uno de los espacios del colectivo.

Como organización para la salud tenían necesidades de capacitación por lo cual en busca de asesor médico recurrieron a la red PRODUSSEP y dentro de ella específicamente al grupo denominado EAPSEC, cuya tarea es precisamente la formación de promotores en atención primaria en salud .

“Organizamos las comunidades, formamos talleres de capacitaciones, visitar las comunidades, platicar también con la gente porque a veces muchas gentes también..., bueno como nosotros de donde venimos de San Juan Chamula, allá nosotros nacimos y en eso por falta de tierras donde bajamos a la selva a vivir. . y eso hay muchas gentes que todavía no lo creen para vacunar a los niños y tenemos que ir a platicar, a hablar con las comunidades y nombrar sus promotores, y así empezamos a organizar la comunidad y después ir a vacunar y dar la atención de salud y... bueno así se formó y luego pedimos capacitaciones y así trabajamos en salud”.

A partir de septiembre de 1995 dio inicio la capacitación con los mismos temas básicos de la atención primaria que se impartieran en la misma zona también para Cultura Maya. La mayoría de los promotores de la Tojtzotze Li Maya, tzeltales y tzotziles, eran nuevos y muy jóvenes, pues pocos eran mayores de edad con varios años de experiencia. Procedían de aproximadamente 10 comunidades donde a veces había también un promotor de Cultura Maya, razón por la cual el asesor médico inició pláticas con ambas organizaciones de manera que la capacitación las beneficiara al mismo tiempo.

Otros espacios y prácticas sociales del colectivo

La formación en atención primaria en salud sin embargo duró poco tiempo, solo hasta 1996 y si bien los pocos promotores de la Tojtzotze Li Maya continuaron compartiendo el espacio con Cultura Maya, comenzaron a buscar un asesor de tiempo completo que proporcionara atención médica, capacitación y diera seguimiento al trabajo de salud. La organización interesada en promover la herbolaria y rescatar los conocimientos locales de la medicina tradicional, inició la búsqueda de otros espacios que cubrieran estas necesidades.

“Y el otro en cuestión de salud lo que pensamos esto que muy urge, que pensamos formar una capacitación de plantas medicinales, es de armar jardín botánico. En eso bueno algo un poco donde vimos como preparar los medicamentos, que también mandamos comisión a Tlaxcala donde que vemos hay muchas cosas que vemos que se puede preparar en plantas medicinales, hasta incluso en eso si les sobra hasta podemos vender, comercializar nuestras plantas pero vemos que si hay necesidad de también

buscar asesor, buscar financiamiento para iniciar el trabajo. Pensamos también recuperar datos o en las comunidades con los ancianos, con los que realmente conocen aunque... mucho conocen pero muchas veces no sabemos quiénes son ni cómo vamos a aplicar, nuestros abuelos que realmente tienen mucho conocimiento. Estamos buscando financiamiento para formar jardín botánico de cada comunidad ese es uno en salud”.

Como organización campesina cuyos objetivos no se restringían al área de salud, comenzaron a emprender acciones para la comercialización del café. Con ese motivo compraron maquinaria pues pensaban tostar el grano y venderlo, la cual finalmente no les fue útil por mucho tiempo. Comenzaron también a buscar una marca para registrarla y poder vender el producto transformado, situación que les ha llevado mucho tiempo legalizar. Pronto se encontraron sin embargo que, para avanzar, había que iniciar desde abajo, es decir, desde la parcela con los cafetos para mejorar la producción, y que en el mercado internacional el café mejor pagado era el “orgánico”, esto es, cultivado sin fertilizantes ni insecticidas. Así fue que buscaron el apoyo de algunos agrónomos e iniciaron la capacitación de promotores agrícolas.

“Bueno de plática en plática como tres años que empezamos a platicar sobre el producción pero ya entramos en lleno en lleno ya todavía como año y medio. Todavía entramos pero de lleno de lleno en producción y donde ya formó promotores, los que venimos como tres años nadamás platicar cómo vamos a hacer, cómo vamos a hacer el otro. En el 95 estamos platicando en eso, pero es una plática, ahora ya estamos aterrizando en eso, ya se formó los promotores agrícolas que, y ya se buscó agrónomos que está trabajando como dos agrónomos en la sociedad, y se formó también técnicos auxiliares también del campo, visitar las parcelas, es donde ya estamos aterrizando. Los socios están empezando a hacer sus aboneras, sus terrazas, es decir que ya estamos aterrizando de lleno en las parcelas del producción”.

“Y ahora empezamos de producción, bueno ese ya todavía hace pocos días que empezamos de producción del café orgánico y no solo café sino que también de frutales.

Empezamos una pequeña práctica este año, formamos promotores agrícolas... el año pasado... bueno el objetivo aunque está pero todavía empezamos a hacer... se nombró dos promotores agrícolas por comunidad y empezó la capacitación mensual también los promotores, y dentro de ellos también nombramos promotores auxiliar, es donde visita del campo, dar asesoría también los productores, y los que ya han participado como 10 cursos de capacitación, de manejar orgánico y cuidar la parcela. El objetivo de eso es que ya no queremos utilizar químico o insecticida, bueno químico también, y queremos recuperar nuestros antepasados; bueno como trabajaban los antepasados, ese no utilizan químico, ahora pensamos recuperarlo para mejorar nuestro siembra, también para cuidar la tierra que también tenga futuro. Y luego eso estamos echando a andar y pensamos en 2 años, la meta es de 2 a 3 años, para poder ya comercializar o vender así nuestro producto orgánico, y estamos trabajando eso. Las comunidades están iniciando hacer su terraza, su abonera, en lo que necesita y también para combatir las plagas pero ya no con químico, ya con plantas o con hongos, bueno así lo que su conocimiento compartido también con agrónomos y también visitan el campo así mensualmente. Y eso también los promotores tienen reuniones mensuales a veces para planear las cosas, actividades como se podría mejorar y organizar, en eso hay comunidad que ya empezó a organizar por grupo de 8, por grupo de 7, para trabajar

colectivo, mejorar el cultivo no solamente de café, de tanto de frutales y eso estamos iniciando para cuidar también la madre naturaleza”.

Problemas, necesidades y forma de resolverlas. La confrontación con las instituciones.

La carencia de medicamentos ha sido un problema importante como lo es también para otras organizaciones como Cultura Maya. Al parecer hasta antes de 1994 habían obtenido algo, si bien no lo más necesario, solicitándolo a las instituciones oficiales que a partir de ese año dejaron de proporcionarlo.

A diferencia de Cultura Maya que obtuvo financiamiento para la compra de medicamento y para la capacitación de sus promotores, la Tojtzotze Li Maya proveniente de diferente proceso, careció de los recursos necesarios para ello obteniendo de CONPAZ lo indispensable para la capacitación, y algo de medicamento de donaciones internacionales. Mientras las bases de apoyo zapatistas asumieron la resistencia con la aparición de la Segunda Declaración de la Selva Lacandona y se negaron por lo tanto a solicitar o recibir recursos de las instituciones gubernamentales, la Tojtzotze Li Maya intentó gestionar medicamentos, vacunas y otros recursos recurriendo a la Jurisdicción Sanitaria III en Comitán, con cuyas autoridades firmó un convenio ya como organización de promotores mexicanos. Desafortunadamente la experiencia no fue alentadora y sí evidenció la forma como las instituciones acostumbra tratar a organizaciones independientes cuando éstas exigen y no tienen poder.

“Hace poco, en 95 hicimos un convenio con la Jurisdicción Sanitaria aquí en Comitán. Bueno, como allá ni llegan a vacunar tampoco aunque dicen en el papel que son sus área, que ahí ese es donde su área de trabajo así de papel pero realmente no llegan a vacunar, y nosotros le dijimos ¿qué pasó? Nosotros queremos que nos den vacunación, que nos den refrigerador y incluso nosotros exigimos como organización de promotores, exigimos que nos den una unidad móvil para que sirva de traslado los pacientes al hospital. Bueno, nunca negó, dijo que sí y firmaron el convenio y también la unidad móvil. Y ¡jajale! nosotros estamos muy contentos porque ya va llegando la unidad móvil y este como promotor y vamos a manejar ¡jijole!. Entonces ya vamos algo a resolver los problemas, aunque no son mucho pero si hay problemas grave tenemos que sacar en hospital nuestros pacientes, y estamos muy contentos en eso. Que si llegó la unidad móvil, si llegó. Tardó como dos meses... si son nuevo y nosotros teníamos muchas ganas de quitárselo porque tenemos un convenio, y eso... después recogió la unidad móvil y quedamos sin nada, y recuperaron el casa de salud y bueno... a veces sentimos triste. Y exigimos el refrigerador, y si manda un refrigerador pero uno que ya no sirve, ya está roto. y también como 5 termos pero ya no tiene como agarrar, hay que cargar en una bolsa, costal o en algo así, no hay como agarrarlo, manda los que ya no sirven y entonces nosotros le exigimos porque en eso no hay cumplimiento. Si la gente se va a enojar algún día le vamos a tomar cualquier unidad que llega. No pero vamos, es que la secretaria no quiere dar y busca vueltas y vueltas, bueno que seguimos así de todas maneras de los que trabajan. Y así tuvimos el convenio con la jurisdicción pero vemos que no funcionó. y vamos a tener reunión con IMSS, porque también IMSS no que ahí en esas comunidades es mi área. Están peleando entre ellas y ni llegan a

trabajar, y nosotros los promotores estamos trabajando, sin apoyo con instituciones, pero si estamos trabajando”.

Puesto que la labor del promotor de salud es poco valorada por la comunidad según se ha señalado reiteradamente, no es difícil imaginar que los pobladores hayan aceptado los ofrecimientos de las autoridades de salud para que llegara un técnico y remover a los promotores de la Tojtzotze Li Maya, recogiendo lo que con dificultad éstas habían dado. Las autoridades de la Jurisdicción en Comitán aprovecharon las contradicciones al interior de la comunidad sede de la organización, para tratar de destruir el trabajo de salud independiente.

“Bueno estaba así, en la organización de promotores de salud como está conformado de varias comunidades... bueno yo creo que esta situación aprovecho yo creo la coyuntura de ese día. Yo creo que salubridad por no cumplir sus acuerdos hizo un trato así de sencillo con los priistas, con los líderes políticos para atacarnos y buscar problema. Que la organización de promotores de salud que no funciona, que llevan medicamento en otra comunidad para justificar, para que cierre como 2 meses el casa de salud. Así recuperó el móvil y hay medicamento que nos donó a nivel internacional y eso también recuperó, quedamos sin medicamento en la organización de promotores. Y bueno, nos buscó manera para atacarlo para acabarlo nuevamente porque nosotros estamos exige y exige. Claro que el casa de salud donde dijimos que recuperó mandó su técnico, es decir sacó los promotores organizados, pero su técnico como truco nadamás y la comunidad aceptó como engaño, y nunca analizó si va a funcionar el técnico que mandó. Y después los técnicos nadamás llegan un día y después cerrado otra vez la casa de salud. Y entonces la comunidad reflexiona y entonces ¿por qué? ¿dónde están los promotores organizados? pero ya para qué, si hicieron acuerdo primero con los líderes”.

Forma de resolver las necesidades. La alternativa de las plantas medicinales.

Aunque la falta de medicamento es una necesidad sentida por las comunidades, según afirma el dirigente campesino aún existen en la región iloles y curadores tradicionales a los que también recurre la población. Lo anterior se contradice parcialmente con lo que había afirmado el asesor médico de OMIECH, en el sentido de que ya no habría curadores tradicionales en la selva fronteriza. Probablemente siempre hubo muy pocos, sólo los viejos que se atrevieron a migrar, y sólo entre algunas comunidades asentadas en la selva con población tzotzil, de tal manera que ahora la Tojtzotze Li Maya está interesada en orientar el trabajo de salud hacia la herbolaria y la recuperación de los conocimientos curativos tradicionales.

“Así es, cuando no hay medicamento... porque ya vez cuando el gobierno exigimos dice que si, bueno hay está el medicamento pero cuando no, no hay, no hay medicamento lo que realmente necesitamos y lo mandan como buscapina, difenidol, y ese para qué servimos. No, no es lo que necesitamos. necesitamos otra cosa y cuando la medicina que no hay de todas maneras utilizamos los iloles y combinado con las plantas medicinales que utilizan los antepasados. Y eso es lo que todavía también pensamos recuperar, estos conocimientos de los ancianos pues que realmente también funcionan, si funcionan”.

Algunas de las comunidades de la región fronteriza de Las Margaritas adscritas a la Tojtzotze Li Maya se relacionaron con OMIECH, de la cual fueron socias antes de 1994. Después de ese año la relación ya no continuó si bien la OMIECH aún tiene escasos socios en la región. Una de las razones para no continuar según explican, es la lejanía de ésta y la dificultad para poder llegar a las reuniones hasta San Cristóbal de Las Casas. Probablemente existan otras razones además de la lejanía, pues una comisión de la organización visitó el estado de Tlaxcala para conocer otras experiencias en el uso de plantas medicinales. Como quiera que sea ven la necesidad de impulsar el uso de la herbolaria en las comunidades y rescatar el saber de sus ancianos como una alternativa curativa, para lo cual como ellos dicen requieren de asesoría y financiamiento

“Eso es lo que estamos pensando, cultivar, formar el jardín botánico de cada pueblo, en eso nos ayuda también para preparar medicamento de las comunidades, para tener el botiquín de plantas medicinales, es en lo que estamos planeando ahora. Lo que pasa vemos que no tenemos recursos para moverse y es lo más difícil del problema, pero ya estamos haciendo ese planeación del trabajo”.

Si bien han considerado necesario recuperar los conocimientos acerca de las plantas medicinales y en general de la medicina tradicional, uno de los problemas a que se enfrentaron los promotores de salud fue a la propia costumbre de los pobladores de las comunidades cuando trataban de llevar a cabo acciones preventivas, la cual responde a la misma cosmovisión de los conocimientos que se intenta rescatar. ¿Cómo combinar la atención primaria en salud con la costumbre de la población tzotzil o tzeltal? ¿Cómo un campesino indígena que como promotor de salud está capacitado en lo que es la medicina occidental puede combinar ese conocimiento con el conocimiento tradicional de sus abuelos? ¿Cómo puede rescatar el conocimiento médico de su propia cultura?

“En eso que bueno hay gente que no muy cree, pero ahora ya está convencido de que es muy importante de vacunar los niños. Ese sí costó muchísimo trabajo para atender a la gente, por mediante de pláticas, de reuniones con las mujeres, con los hombres. Y eso los ancianos, las parteras, los iloles, los hueseros que llamamos, pensamos también en eso para conservar o es decir que también, que cómo se hace... tenemos muchas preocupaciones sobre eso. Cómo hacer para no... porque muchas veces los jóvenes que ya no preocupamos por eso, pero vemos que eso es muy importante para cómo producir sus conocimientos, y eso es muy difícil. Lo que pasa algo donde en la región a veces por la religión es donde siguen aplacando esto, y eso nosotros analizamos también que yo creo que a lo mejor la religión dice no hay que pensar esto, hay que ver más allá del cielo y ya no hay cosa esto. Bueno como que eso, y luego como organización de promotores de salud empezamos a reflexionar: eso no viene así nomás, yo creo que está financiado por Estados Unidos o algo para acabarnos. Pero ¿cómo vamos a hacer? pues no se. Eso es donde un poco nos cuesta mucho trabajo para opinar ¿cómo vamos a reproducir los hueseros, las parteras, los iloles que le llamamos? pero si hay, lo tenemos en nuestra comunidad”.

La explicación acerca de la pérdida de los conocimientos tradicionales alude a una situación de desacreditación de éstos por medio de la fuerza de la religión, si bien lo ve como un fenómeno importado. Sin embargo también lo explica en el sentido de nuevas formas de pensar entre la gente joven que “ya no se preocupan por esas cosas”. Los promotores de salud son en su mayoría una generación de gente muy joven. Como ya se ha mencionado antes, muy pocos son mayores de edad (más de 25 años) con

varios años de experiencia. Por lo tanto muy pocos deben ser los que saben curar a la manera tradicional porque hayan aprendido con alguno de los miembros de su familia ya sea los padres o los abuelos. El promotor de salud da cuenta de su apreciación en este sentido.

“Bueno como yo bajé de muy pequeño... yo estuve en Los Altos... bueno como mi edad de 10 años. Mi mamá siempre ha curado de empacho, que el mal de ojo, de... pero yo realmente como promotor de salud, como nunca nos enseñó, como recibimos capacitación... Bueno, no hemos practicado en eso pero mi mamá sí lo practica cuando un niño llora mucho, cuando lleva en el mercado o en el pueblo a lo mejor le pega mal de ojo y a veces cura con huevo, pasando así con ruda también. Pero eso también sí así es, pero vemos que realmente funciona. Lo que pasa nosotros no se como, yo creo que a lo mejor mismo nosotros no lo creemos. yo creo porque en el capacitación de los médicos que nos dan, es decir no nos enseñan eso, entonces yo creo que eso pero ya reflexionamos que si es necesario recuperar todo eso”.

Algunos de los promotores no solo de la Tojtzotze Li Maya sino también de Cultura Maya y otros grupos en otros lugares, han encontrado sin embargo la forma de complementar los conocimientos de la atención primaria que ellos aprendieron con el conocimiento curativo tradicional, en este caso colaborando con las parteras cuando surgen problemas durante la atención del parto. Si bien las mujeres no permiten en muchos lugares que sean hombres quienes atiendan la terminación de su embarazo, al apoyar a la partera también se modifica la costumbre.

“Como tenemos también parteras junto trabajamos con las parteras, incluso porque los costumbre de las parteras para cortar el cordón del ombligo de los niños, cortan con carrizo, pero a veces mueren de 15 o 20 días de nacido el niño, porque nunca lavan el carrizo lo rajan y lo cortan. Y de eso hacemos reunión con las parteras, trabajamos juntos, enseñamos como tomar la presión y eso nos combina mucho el trabajo. Bueno también vemos su tijera para cortar su cordón del niño, y eso nos ayudó mucho que hervir su cordón, y eso como que también hizo algo. Porque ahí ya se cambió un poquito la costumbre, que hervir su tijera, su caña ya es que la tengan limpia ya no es nadamás así”.

Acerca de otros problemas y necesidades.

Otro problema no menos importante, atañe a la disminución de los promotores de salud de la Tojtzotze Li Maya lo cual se deba quizá a problemas económicos. si bien ellos sí aceptan recursos gubernamentales como los de Procampo.

“Ahora hay como diez comunidades, pero veo que no participan todos, hay como 8 o 9 lo que más participan. Los promotores yo creo que hay algunos... bueno yo creo que por la necesidad también algunos pueden estar jodidos, a buscar trabajo porque también la situación está muy difícil, y yo creo que ya hay como 15 o 16 promotores que están permanente ahorita, pero si está firme y está pendiente de esperar de capacitación y yo creo que vamos a iniciar de nuevo, los comunidades que ya no tienen promotores van a nombrar otros promotores”

Como organización independiente que simpatiza políticamente con los campesinos zapatistas también enfrenta los problemas de la polarización social en la región.

“Bueno realmente vemos que los problemas hay porque bueno, hay contradicciones dentro de las comunidades, bueno desde luego como los priista digamos, pero es que nosotros no, no apoyamos ningún partido. No, no tenemos necesidad de estar en un partido, porque vemos lo que nosotros exigimos es de la necesidad cómo vamos a resolver. En eso acusan que esto también nos corrieron de promotores, que robo este, que así acusan para terminar la sociedad, y es donde principal obstáculo que hay para poder organizarnos, porque también del mismo de los oficiales que quieren terminar la sociedad lo que exigen pues la necesidad. Es donde vemos que hay mucho obstáculo a veces”.

Además de requerir medicamentos, materiales, asesoría para la capacitación en atención primaria en salud y para impulsar la herbolaria y la recuperación del saber curativo tradicional, en suma para el área de salud, requieren también financiamiento para mejorar la producción y para procesar el café. Si bien iniciaron “por arriba” como dicen ellos, comprando una maquina tostadora para procesar el grano y después regresaron al cafetal como “raíz del problema”, hoy requieren los recursos necesarios para mejorar la maquinaria y poder comercializar el producto.

“Porque ya iniciamos fuertemente también del café, y la necesidad que tenemos es buscar una maquinaria para tostadora, tenemos una pero también se tronó porque no es muy buena la máquina que encontramos, no funcionó en este año y eso es lo que vemos que hay la necesidad de buscar otro financiamiento para mejorar la maquinaria para poder procesar el café porque solamente así se puede comercializar el café del extranjero, no contamos eso y también de muchas cosas, bueno porque del principio del trabajo de este año no contamos ni costaleras, ni tarimas ¡jijole! Iniciamos así de sencillo de nada, pero en este año es muy fuerte para hacer y luego pensamos en la región de fortalecer el centro de capacitación. Tenemos una casita allá en la región de 12 por 6 y eso pensamos, también si Dios quiere para el próximo año pensamos terminarla, no tiene puerta no tiene ventana, y para iniciar el trabajo con los promotores y dejar materiales y dejar materiales de refrigerador para biológico, y eso... no contamos todo eso y pensamos que es una necesidad fuerte para poder comenzar el trabajo las dos cosas”.

Gradualmente tanto Cultura Maya como organización de promotores de salud cuyo objetivo es incidir en la morbilidad y mortalidad de la región, como los promotores de salud de La Tojtzotze Li Maya, una organización con objetivos más amplios, van a confluir para conformar el Consejo de Salud del Municipio Autónomo de “Tierra y Libertad”. Desde ahí se pretende incidir políticamente en el ámbito de la salud. La Tojtzotze Li Maya tiene una estrategia económica que no tienen los campesinos zapatistas de la región fronteriza de Las Margaritas, pero que puede ser la alternativa económica que fortalezca al municipio autónomo.

EL CONSEJO DE SALUD DEL MUNICIPIO AUTÓNOMO TIERRA Y LIBERTAD

Antecedentes.

Es nueva la experiencia acerca del Consejo de Salud Municipal del municipio autónomo "Tierra y Libertad" en la región fronteriza de Las Margaritas. La idea de formar dicha estructura fue un proceso que se desarrolló inicialmente a partir del trabajo coordinado entre dos de las organizaciones de promotores de salud "Cultura Maya" y "Tojtzotze Li Maya", y la experiencia del asesor médico perteneciente a la ONG de nombre EAPSEC. En ello también tuvo que ver el CCESC, ONG ligada al Instituto Nacional de Nutrición, cuyo trabajo fundamental ha sido el apoyo a los refugiados guatemaltecos, a través de su clínica en la comunidad fronteriza Nuevo Poza Rica.

Acerca de las ONGs que han apoyado a la población refugiada por casi dos décadas, hay que decir que el retorno ya iniciado por los guatemaltecos a su país de origen ha sido en general para éstas, un proceso que ha ido cuestionando crecientemente su razón de ser. Incluso ACNUR, organismo dependiente de Naciones Unidas que apoya a población con estatuto de refugiada, les ha retirando progresivamente el financiamiento del que dependían en diverso grado. No obstante, las instalaciones que las ONGs han creado permanecen en los lugares y es legítimo su aprovechamiento por parte de la población mexicana, así como de la experiencia y apoyo que aquellas puedan proporcionar.

Podría decirse que el proceso surgió cuando se intentó presionar para que los grupos organizados de promotores mexicanos se adscribieran al plan de trabajo y actividades del CCESC. De esta situación ya había antecedentes de tiempo atrás según cuenta la misma gente de las organizaciones. Los testimonios incompletos refieren que un promotor salido de Cultura Maya decidió trabajar en una comunidad "porque es campo del CCESC", sin respetar los acuerdos de la organización de salud. Acerca del asunto dicen "se crean promotores pero no hay coordinación, el mismo P. nace de nosotros y se va con el CCESC, pero para agarrarse a algo y se avienta contra nosotros. Todos los pueblos estamos organizados, pero el CCESC por tener recursos favorece a un grupo solamente". Si bien los miembros de Cultura Maya y Tojtzotze Li Maya reconocen que la clínica de Nuevo Poza Rica ha dado un servicio alternativo al del gobierno, tanto a refugiados guatemaltecos como a campesinos mexicanos, les disgusta que sus recursos puedan servir para dividirse entre promotores de salud.

Al parecer ha existido un problema de competencia en el campo de trabajo entre el CCESC y su clínica en Nuevo Poza Rica con larga experiencia en la región, y el proceso de construcción que han seguido las dos organizaciones populares de salud mexicanas a partir de 1994. Esto es entre el trabajo de los promotores, técnicos y médicos de la ONG y el de los promotores de salud de ambas organizaciones con su propia dirección, en las comunidades donde coinciden. La coordinación aunque necesaria no ha sido fácil como reconocen sus miembros.

Otra cuestión conflictiva ligada a la anterior, es que los promotores de "Cultura Maya" requerían continuar su capacitación en un espacio donde pudieran llevar a la práctica sus conocimientos, así como para hacer sus reuniones. El lugar ordenado fue la clínica de N. Poza Rica a cuyo personal presentaron como organización, una acta de trabajo deseando poder coordinarse pero al mismo tiempo "no ser trabajadores", que significaba no sujetarse a las decisiones de la clínica. Si bien por un tiempo pudieron hacer turnos de trabajo en la instalación señalada, más adelante en enero de 1997, les llegó un oficio donde según su versión, "les dejaban de tarea" para sus comunidades la evaluación de la clínica. Desconfiadamente pensaban que la ONG quería incluirlos en su plan de trabajo para tener una razón de ser, porque como ellos dicen "se están quedando vacíos y ahora se preguntan que es lo que quieren hacer". Suponían que las comunidades dirían que sí a la relación de trabajo con la clínica, pero dudaban acerca de la forma de coordinarse con ella.

Para el mes de febrero de 97, el CCESC hizo una petición de colaboración a las organizaciones de promotores, la cual se explicitaba en ocho puntos. Estos puntos se referían a una forma de hacer el trabajo de salud con la ONG. Solicitaba que se hiciera una evaluación de la capacitación y de los conocimientos de los promotores y promotoras de salud; la supervisión de la clínica, asesoría y control; la opinión acerca de cómo debería ser el trabajo de ésta; la formación de un comité coordinador para recuperar mejor los recursos; el diseño de una propuesta metodológica para trabajar con mujeres embarazadas, niñas y niños; la formación de huertos de plantas medicinales para abastecer a las organizaciones; y calendarizar las visitas de los médicos y técnicos de salud a las comunidades.

Las propuestas en sí mismas no eran incorrectas y sí necesarias, pero también difíciles de llevar a cabo en el contexto donde convergen todos estos grupos con su propia dinámica. En una relación teñida por la desconfianza los miembros de las organizaciones decidieron no dar una respuesta inmediata a la petición. En reunión llegaron a la conclusión que lo mejor sería discutir el planteamiento y mientras esto se hacía, pedir respeto a la ONG. "Le vamos a pedir al CCESC que demuestre su respeto hacia nosotros no interviniendo en nuestras comunidades hasta que no lleguemos a los acuerdos. Y vamos a pedir a las comunidades que digan cómo creen que debe funcionar el centro de salud, tanto este de Poza Rica como los comunitarios" (Memoria de asamblea, febrero 1997).

En el mes de marzo la respuesta de parte de las dos organizaciones de promotores fue: "queremos que haya una clínica que no sea del gobierno, que sea administrada por las comunidades, que sean respetadas las organizaciones, que tenga suficiente medicamento, que haya promotores bien capacitados, que cuente con buen material y con buen médico, y que haya hueseros, parteras y plantas medicinales, acupuntura. Que haya participación con los promotores y que haya visitas a las comunidades". Finalizaban con la solicitud (¿o exigencia?) de que la clínica estuviera en las manos de las comunidades, y ante la actitud de rechazo a todo lo que fuera gubernamental, demandaban que la ONG informara de su relación con el INNSZ (Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán).

En esa reunión se discutió que las palabras “supervisión” y “control” no significaban lo mismo. Consideraron que la propuesta que había aludido a la idea de la supervisión de la clínica, planteaba una relación menos profunda con ella, incluso de subordinación, pues no habría una apropiación de la misma. Mencionaban acerca de su experiencia años anteriores en la clínica “cuando trabajábamos en el CCESC solo platicaban de la situación de Guatemala, nunca de nuestros problemas, no sabemos lo que es un proyecto, lo que es un presupuesto; si es de nosotros que pase a nuestras manos si realmente lo quiere entregar a nuestras manos, si aceptamos “supervisión” después jamás te van a tomar en cuenta”. Sin embargo puesto que en su exigencia hasta pedían que “entregarán las llaves”, se reflexionó en la reunión que era muy diferente destruir que construir y el comentario que siguió fue: “a lo mejor nos dicen “ahí está” ¿qué vamos a hacer? es un trabajo esa clínica y nosotros vivimos del campo”.

En realidad como menciona el asesor médico, lo que las organizaciones de promotores estaban planteando era precisamente “la apropiación, no de un espacio físico meramente, sino del proceso de control de los recursos y acciones que posibiliten en el ámbito de la salud, la construcción y reforzamiento de la autonomía en la zona, y la apropiación y control del territorio”. Quiero aclarar que esta solicitud o exigencia no era exclusiva de esta región de Las Margaritas, sucedía también en otras tan alejadas como Ocosingo o Altamirano, si bien no de igual manera.

El proyecto del Consejo de Salud.

A pesar del desencuentro entre las organizaciones de promotores y la ONG mencionada, la situación ayudó a ver que el problema era más grande y complejo, puesto que no solo se trataba del control de la clínica, sino mas allá, de la construcción de propuestas de atención a la salud para el municipio autónomo “Tierra y Libertad”. Era necesario por lo tanto plantearlo así con las comunidades, con los responsables y con los miembros del Consejo Municipal Autónomo, ya que lo pertinente sería formar una comisión de salud para el municipio, o por lo menos para esa región que fuera llevando el control y la apropiación social de las acciones de salud.

A partir de ahí el asesor médico, y los promotores y promotoras de salud de ambas organizaciones, comenzaron a reflexionar acerca de cómo dicha comisión de salud, debería estar conformada de modo que su estructura fuera representativa. Respecto a las que deberían ser sus tareas, las que aparecen a continuación son las que pensaron inicialmente:

- “Hacer proyectos, planes, programas de salud”.
- “Controlar a las instituciones de salud que entran a nuestro territorio”
- “Se encargarían de lanzar propuestas nacionales e internacionales que tengan que ver con salud”.
- “Tiene que controlar los programas de salud de la región”
- “Que lleve y traiga la información de las comunidades al centro regional y al nivel municipal”
- “Que coordine con otras regiones”

- "Que vigile quién llega a la clínica, si es de parte de nosotros o es de parte del gobierno".
- "Debe saber de donde vienen los recursos"
- "Hacer proyectos para medicamentos, para recursos de alimentación, de materiales de la clínica".
- "Que controle a los médicos que van a trabajar a la clínica".

No obstante, se consideró que la reflexión anterior no era suficiente, por lo que acordaron que sería importante obtener "el pensamiento" de las comunidades o la parte de ella que apoyaba el trabajo de salud. Así fue como los promotores llevaron ahora si de tarea, las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo se formaría la Comisión de Salud del municipio de Tierra y Libertad?
2. ¿Qué otras tareas o responsabilidades tendría la Comisión de Salud Municipal?
3. ¿Qué reglas para funcionar tendría la Comisión de Salud Municipal ?
4. ¿Qué leyes de salud vamos a tener en nuestro municipio de Tierra y Libertad?
5. ¿Qué leyes queremos para el funcionamiento de la clínica?

(Memoria de asamblea, marzo 1997).

Lo anterior al contrario de lo que pudiera pensarse, no significaba excluir al CCESC ni a ninguna otra ONG con presencia en la región, pero si planteaba una forma como debería ser en adelante la relación con ellas.

Para el mes de abril se reunieron nuevamente los promotores y promotoras de ambas organizaciones que representaban a 16 comunidades, solo de una región de la gran extensión que abarca el municipio autónomo Tierra y Libertad. A dicha región que corresponde la selva fronteriza de Las Margaritas, se agregaría más tarde una parte del municipio oficial de La Independencia. Durante esa reunión se elaboró una propuesta de organización ya no para una comisión sino para formar el Consejo de Salud. Para ello se partía de los aportes que llevaban los promotores desde "la palabra" de sus comunidades, y de los elementos vertidos en el Foro-Encuentro de promotores y agentes de salud en Moisés Gandhi en febrero de 1997.

La propuesta escrita, que posteriormente se repartiría a las ONGs para su reflexión e invitación a incluirse, explicitaba que el Consejo de Salud debería estar formado por 2 o 3 personas de cada organización de promotores, la misma cantidad de personas representantes de comités locales de salud de la región fronteriza del municipio, así como de los comités de salud de clínicas y hospitales. Eso sí, se proponía que fueran personas con mucha experiencia en el área de la salud o que fueran dirigentes, muy honestos en su trabajo y con buena voluntad. Si bien no se excluía la presencia de asesores en el consejo, su función se limitaría a "aconsejar sobre cuestiones técnicas", puesto que las decisiones deberían ser tomadas por los representantes elegidos.

Acerca de las responsabilidades de ese Consejo de Salud, se planteaba de manera general que debería "controlar los programas de salud de la región, y llevar y traer la información a las comunidades y al centro regional del municipio de Tierra y Libertad".

Debería asumir por lo tanto como Consejo de Salud las siguientes tareas:

- **Tareas de programación:** que consistían en llevar a cabo un diagnóstico de la situación de salud-enfermedad en las comunidades; hacer proyectos para conseguir recursos; elaborar planes y programas de salud y encargarse de su control; hacer propuestas nacionales e internacionales.
- **Tareas de capacitación:** planteaban la continuación de la capacitación a los promotores, a los comités de salud, y a los mismos integrantes del consejo; además de trabajar en favor del reconocimiento a los promotores y promotoras de salud.
- **Tareas de organización:** buscaría la coordinación con otras regiones, municipios, y organizaciones independientes; la coordinación entre comisiones locales; llevar y traer información de las comunidades al centro regional, y al nivel municipal; “unirnos en asamblea de todos los municipios”; hacer una bodega en cada región para los materiales del trabajo de salud, y un directorio para intercambio de conocimientos sobre plantas medicinales.
- **Tareas de control:** que controlarían a instituciones de salud que entran a la región, tanto como a los programas de salud de la región, a los médicos que llegan a trabajar a la clínica, controlar las demás clínicas, además de saber de dónde vienen los recursos, y vigilar que se cumplan los acuerdos de salud.

Junto a ello se proponían reglas para el funcionamiento del Consejo y “leyes”, que sobre todo eran reglas e ideas para el trabajo de salud. Mencionaban en su escrito “las leyes que queremos tener son las leyes revolucionarias que nos dan derecho a la salud y a su atención: que nos atiendan bien, en especial a las mujeres, con suficiente medicina y materiales necesarios”. “Leyes para que nuestra medicina tradicional sea un recurso más para la atención a la salud”. Y agregaban “los recursos del gobierno deben transferirse totalmente a los consejos indígenas de salud y que sean administrados por ellos”, “que los consejos de salud sean reconocidos en una nueva constitución”

Acerca del funcionamiento de la clínica de Poza Rica y demás clínicas en la región, su propuesta mencionaba elegir comités de salud, “pero con un acuerdo antes para trabajar con buena relación. Deben ser personas que no ganen dinero pero que formen la directiva y que sepan algo de salud”. Dichos comités deberían vigilar que la atención fuera buena, amable, respetuosa y que fuera las 24 horas “porque el enfermo no espera”. que hubiera medicina suficiente; que conociera los recursos que llegan y que pertenecen a la comunidad, debería entonces pedir cuentas del dinero y de la información del trabajo que se hace; debería conseguir el acceso para la atención a diferentes niveles, y vigilar que se cumplieran los programas de salud de acuerdo a las necesidades de las comunidades y no de las del gobierno. Los comités deberían controlar por lo tanto el tipo de apoyos y programas

Con respecto al personal médico mencionaban la necesidad de que el comité y la comunidad hicieran un reglamento para los médicos, y no que fueran éstos quienes pusieran sus reglas a la gente. Deberían ser una parte más del equipo de trabajo, responsables con sus tareas y atentos con sus pacientes. Mencionaban finalmente “Y si no cumplen que la comunidad los pueda sacar” (Documento de trabajo; abril 1997)

El proceso de coordinación entre las dos organizaciones de promotores ya había dado lugar a un acuerdo firmado entre ambas y contaban con el aval de las autoridades del Consejo Municipal Autónomo. Los conflictos habían permitido avanzar en la construcción de propuestas de trabajo en el área de la salud, solo para la región de la selva fronteriza del enorme municipio autónomo nombrado "Tierra y Libertad".

La conformación del Consejo de Salud.

Al presentar los planteamientos anteriores a las ONGs, acerca de la organización y funcionamiento del Consejo de Salud como proyecto, ya no se trataba de que los grupos de promotores aceptaran los programas y propuestas de aquellas como simples beneficiarios de recursos que se pedían a su nombre. Se trataba esta vez de que las propuestas se fueran construyendo conjuntamente, y en esta ocasión eran las propias organizaciones de promotores, y el apoyo técnico del asesor médico de EAPSEC¹ que las había acompañado en todo el proceso, quienes presentaban lo que pensaban debería ser el trabajo de salud en la región. La propuesta sin embargo quedaba abierta para la reflexión y el aporte de las ONGs.

Así fue como por espacio de medio año se llevaron a cabo diversas reuniones para continuar discutiendo acerca de los problemas, y profundizando la reflexión acerca de que la conducción del proceso, así como la construcción de propuestas, no podría ser por parte de grupos externos solamente. Antes que nada ello tendría que partir de la realidad de la región y "a partir de las necesidades y sentimientos de los grupos de base, con la colaboración de los diferentes grupos que participan en la región".

Todo lo anterior se desarrolló siempre con el conocimiento de las autoridades del Consejo Municipal Autónomo, el cual estaba siendo continuamente informado de lo que se pensaba construir. Es de esa instancia que surge la indicación, de que puesto que se pretendía crear un Consejo de Salud para el nuevo municipio, se tendría que considerar además a otro grupo de promotores en otra región ya perteneciente a La Independencia, pero también de "Cultura Maya". La siguiente etapa fue entonces la de informar, reunirse y discutir con el nuevo grupo de promotores y promotoras, y que éstos a su vez informaran o discutieran con sus comunidades o grupo que los apoyaba, acerca de la propuesta de construir un consejo municipal de salud.

Es en octubre de 1997 que se nombra en asamblea de los promotores y promotoras de las tres organizaciones, a quienes serían los integrantes del citado consejo. "Se nombra a dos personas por cada organización siguiendo un poco la idea de mesa directiva, es decir, presidente, secretario y tesorero con sus respectivos suplentes". Debido a que la presencia del sexo femenino usualmente no figura, me parece importante mencionar que una mujer joven y soltera de las pocas promotoras que fueron quedando, fue la elegida para ser presidenta del consejo de salud.

1. Se hace la separación entre el asesor médico de EAPSEC y el resto de las ONGs en la región fronteriza de Las Margaritas, porque le dio continuidad al proyecto de construcción de Cultura Maya desde 1994, pero sobre todo porque acompañó a los promotores mexicanos en sus planteamientos de construcción de la autonomía en el área de la salud, situación que corresponde a un momento histórico. El resto de las ONGs cuyo fundamento era el apoyo a los refugiados guatemaltecos, aunque también beneficiaban con sus servicios a los mexicanos, se fueron integrando posteriormente al proceso.

Mientras tanto, las ONGs de apoyo a los refugiados guatemaltecos, y las dos únicas con apoyo a mexicanos, no habían respondido aún a la invitación de aportar a la propuesta. La palabra “control” en el contenido de la misma y en la exposición que hicieron los representantes de las organizaciones en ocasión de alguna reunión, dio lugar a un sentimiento de desconfianza y reticencia a participar.

Por su parte, el Consejo Municipal Autónomo con sede en la comunidad Amparo Agua Tinta, había a su vez convocado a todas las ONGs a colaborar en la construcción del nuevo municipio. Junto con ello les había solicitado que hicieran explícita la cantidad de recursos con que contaba cada una para trabajar sus diferentes proyectos en esa región, lo cual generó suspicacia y discrepancias entre las ONGs y sus miembros. La mayoría de las ONGs con servicios a refugiados dependía en algún grado para sus proyectos de los fondos de ACNUR, lo que las limitaba para apoyar, además de que algunas probablemente tenían temor de involucrarse con el movimiento zapatista; o simplemente había temor de que los recursos en manos de la gente fueran mal aprovechados, como al parecer ya había mostrado algunas experiencias.

En las discusiones internas de una ONG cuyo trabajo ha sido con población mexicana, se mencionó que la situación había cambiado después de 1994 y que la población beneficiaria de los proyectos en las diferentes regiones del estado ya no era la misma. Sin embargo como dijera alguno de sus miembros “¿qué no habíamos estado hablando todo el tiempo de que la gente fuera autogestiva?, ¿de que tomara las riendas de los proyectos en sus manos?, y ahora que lo hacen no queremos soltarlas”. Ciertamente no gustaba el tono de exigencia utilizado y se consideraba que debería buscarse un nuevo tipo de relación, la cual debería de ser en adelante mutuamente respetuosa.

Pero si bien el tono de solicitud-exigencia no fue del agrado de los convocados, al parecer los miembros del Consejo Municipal Autónomo de Tierra y Libertad dejaron las puertas abiertas a las ONGs para darle contenido al proyecto no escrito de lo que debería ser el nuevo municipio. En las reuniones que siguieron se fueron conformando los grupos interesados en confluir en alguna área de trabajo según su experiencia, tal como salud, “desarrollo” y educación, los cuales se comprometieron a hacer un diagnóstico de la región.

El Consejo de Salud Municipal quedó finalmente conformado sin las ONGs, lo cual fue lo más acertado. No obstante algunos de los miembros de ellas más que las mismas ONGs, colaboraron con diferente grado de involucramiento al lado de los promotores de salud de las tres organizaciones y miembros del Consejo, entre enero y febrero de 1998, en la elaboración del diagnóstico regional para conocer la situación de salud-enfermedad.

Las prácticas sociales del Consejo de Salud Municipal

El diagnóstico regional era una de las primeras tareas a realizar por el Consejo. El mismo permitió tener un panorama más completo acerca de la situación de salud-enfermedad, de las instalaciones existentes para la atención a la salud, y de algunos problemas “políticos” que existen en la selva fronteriza de Las Margaritas y parte de La Independencia.

Mostró además la magnitud del trabajo que realizan los promotores y promotoras de salud en términos de la cantidad de atención que han brindado, la disminución en las posibilidades de muerte de los pobladores de las comunidades, y los costos económicos que tiene todo ese trabajo. A partir de ese diagnóstico continuaron las reuniones, si bien con algunas dificultades, esta vez sólo entre los miembros del Consejo de Salud, el asesor médico y algunos integrantes de las ONGs.

De ahí en adelante el objetivo consistió en analizar con más detalle los problemas, con el fin de trazar líneas de acción y elaborar un plan de salud a nivel de la región ya citada. Dicho plan de trabajo encontró el obstáculo obvio de que para la mayor proporción de enfermedades encontradas, esto es las infecciones e infestaciones gastrointestinales y las infecciones respiratorias, se requería de inversión en infraestructura para el abasto de agua y su cloración, además de la necesidad de mejorar las condiciones de la vivienda que incluían una letrina adecuada para el tipo de terreno. Ante esa situación se concluyó que habría que trazar líneas de acción en lo que si se pudiera hacer al nivel de las propias fuerzas. Se decidió entonces iniciar por lo que parecía más viable en términos de prevención, esto es, la aplicación del esquema de vacunación a la población infantil, y la búsqueda de tratamientos para curar los casos de tuberculosis detectados e impedir la aparición de nuevos. La capacitación a los promotores, y aún la de los mismos "asesores", continuaría en los temas que fueran pertinentes.

Otro problema que se evidenció en el diagnóstico fue el de la alta mortalidad infantil y neonatal, por lo cual se planteó la necesidad de investigar con más profundidad lo anterior. Se propuso entonces, que era necesario visitar a las familias en las que habían ocurrido las muertes con el fin de entrevistar a la madre y después a la partera. La información recogida sería útil para trazar una línea de acción y enfrentar el problema.

Me parece importante señalar que en el diagnóstico realizado también apareció el desánimo de los promotores como una situación preocupante, sin que se supiera con más detalle acerca de este fenómeno y sus causas.

La dinámica de las reuniones consistía en que tanto los miembros del Consejo como los de las ONGs, salían con algún problema encontrado en el diagnóstico como tarea para hacer propuestas de solución, mismas que deberían ser discutidas en el grupo en la siguiente reunión e ir elaborando con ellas el plan de trabajo regional. Algunas veces las tareas no se realizaron por ninguna de las partes, aunque en este punto es importante diferenciar la situación de los primeros.

Por un lado los promotores de salud tienen la limitación para elaborar planes de trabajo en salud derivada de su vida como campesinos, al carecer de la experiencia, información acerca del tema y las herramientas metodológicas necesarias. Lo anterior requería que se fuera proporcionando en el momento, durante la elaboración del plan general, justamente algunas de las herramientas necesarias lo cual se hizo muy poco. Mas allá de esta situación se requería, como estaba pensado, de la formación específica de los miembros del Consejo para asumir tareas de planeación, conducción y "control" del proceso organizativo. Si bien uno de los miembros de una de las organizaciones de promotores participó en el diplomado de la UAM-X sobre planeación

en salud, y tenía ciertas herramientas para el caso, no fue elegido como representante al Consejo ni invitado en función de su capacitación, para participar en el diagnóstico de salud. Su posible apoyo en las reuniones siguientes ya no pudo concretarse por la agresión gubernamental al municipio autónomo el primer día de mayo.

Más importante aun es que en el "incumplimiento" de tareas no se puede pasar por alto el contexto de militarización y paramilitarización creciente, generada desde la matanza colectiva en Acteal, Chenalhó. Ni se puede ignorar la constante amenaza y agresión posterior a los municipios autónomos por parte del gobernador interino Albores Guillén. Como era de esperarse la represión al nuevo municipio autónomo Flores Magón, en la región de Ocosingo el 11 de abril, provocó al igual que en otros municipios rebeldes que la población base de apoyo y simpatizante zapatista en la región fronteriza se mantuviera alerta, y que comisiones de diferentes comunidades fueran a hacer guardia a la sede del Consejo Municipal en Amparo Agua Tinta. Esta situación no fue ajena para los promotores de salud de las diferentes organizaciones y menos para los miembros del Consejo de Salud. No es difícil entonces entender que las tareas no fueran cumplidas y que en las reuniones estuvieran tensos por la agresión inminente de parte del gobierno, preocupados por su propia familia, por el desánimo de la gente y el desgaste que impone la resistencia.

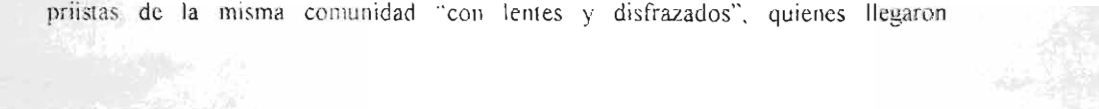
A pesar de todo las primeras acciones preventivas del plan de salud para la región, se programaron para el mes de mayo. Se pensaba que ellas también servirían para levantar la moral de los promotores y promotoras, puesto que demostrarían que aún con pocos recursos, la presencia se mantenía y el trabajo se seguía haciendo. Sin embargo lo anterior no se pudo realizar tal como estaba planeado.

La agresión gubernamental al Consejo Municipal Autónomo y la correlación de fuerzas.

El primero de mayo de 1998 el gobierno federal y estatal asaltaron la sede del Consejo Municipal del municipio autónomo Tierra y Libertad. Con varios días de anticipación, sobre las casas de los pocos priistas de Amparo Agua Tinta habían sido pintadas las siglas del partido oficial en los colores conocidos, como una señalización. Además el día previo a los acontecimientos hubo vuelos militares sobre la región y fue cortada la energía eléctrica desde temprano.

El gobierno argumentó que estaba siendo violado el estado de derecho y el orden jurídico al permitirse la existencia de autoridades "espurias", así que el pretexto fue que un refugiado guatemalteco había sido secuestrado y estaba en la cárcel del nuevo municipio, según denunció la COMAR (Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados) que a su vez fue avisada por ACNUR. Aproximadamente a las cinco de la mañana del día primero de mayo, entraron mil elementos del ejército federal, policía de seguridad pública, policía judicial federal y del estado, además de policía de caminos y agentes de migración, al área de las instalaciones del Consejo Municipal resguardado por campesinos del lugar y de diferentes comunidades.

Las mujeres cuentan que a esas horas de la madrugada y en un momento todo estuvo rodeado por uniformados verdes y azules. Dicen que fueron algunos campesinos priistas de la misma comunidad "con lentes y disfrazados", quienes llegaron



acompañando a las fuerzas de asalto y señalando casas de civiles zapatistas, a las cuales entraron para golpear y llevarse a los hombres, además de robar pertenencias. “Cómo no los íbamos a reconocer, si uno de ellos era mi compadre” dice una de las mujeres. ¡Vean que hacen con las mujeres! escucharon que decían los uniformados, pues trataron de defender a sus compañeros, por lo que fueron golpeadas junto con sus hijos (Visita de observación a Amparo Agua Tinta; 2 de mayo de 1998).

La presidenta del Consejo Municipal de Salud relata que se escucharon disparos, ya estaba rodeado todo y no se podía pasar; vio a continuación que los miembros del Consejo estaban muy golpeados. Uno de sus tíos estaba también resguardando las instalaciones. “A mi también me golpearon en mi pierna y me rompieron la ropa. Les pregunté que porqué hacían eso y los soldados me contestaron que era una orden y que les molestaba el municipio autónomo, que no podía pasar porque todo estaba rodeado. Les dije que el único delito es que nos habíamos organizado, que queríamos ser autónomos y que se respetara nuestro derecho. ¿Dónde está la ley? Están violando los acuerdos de San Andrés. Queremos que salga el ejército y la policía”. Aclara que no había ningún refugiado secuestrado y que si acaso estaba detenido era porque en verdad “tenía delito” (Ibidem).

Las autoridades del Consejo Municipal y demás gente, golpeada y amarrada, fueron tiradas sobre un camión “como si fueran animales”. Inclusive a ocho refugiados guatemaltecos se llevaron, “estaban en sus casas y los pasaron a molestar, no es porque ellos están haciendo nada”. Como resultado del operativo que se llevó a cabo “pacíficamente” según fuentes oficiales, fueron detenidas y llevadas a Tuxtla Gutiérrez 61 personas en total, todos hombres. Además fueron saqueadas las instalaciones del Consejo: se llevaron máquinas de escribir, una fotocopidora, mesas, escritorios, archiveros, una estufa, un refrigerador y quemaron papelería y documentos que entre otras cosas, hubieran podido proporcionar información valiosa para la investigación antropológica, acerca del derecho jurídico en los pueblos indígenas, según denunciaron estudiosos en la materia.

Las instalaciones del Consejo Municipal por el tipo de material utilizado en su construcción no pudieron ser destruidas, sin embargo fueron ocupadas permanentemente por elementos de seguridad pública. El gobierno aprovechó las contradicciones existentes en la comunidad y en la región y las agudizó ya fuera con “despensas” o por medio de la fuerza. A partir de ese momento, la correlación de fuerzas se modificó pues la población de filiación priista tomó las riendas de la situación, comenzando a vigilar y a patrullar las calles de la comunidad con armas que el ejército les dio a algunos, según cuentan las mujeres. Como en otras regiones del estado, comenzó el control en mayor o menor grado sobre la población base de apoyo o simpatizante zapatista, pues desde las primeras horas de lo acontecido las mujeres se quejaron de que no podían salir por agua al río, ni ir por leña al monte (Visita de observación a Amparo Agua Tinta; 2 de mayo de 1998).

Inmediatamente después del operativo policiaco-militar se llevó a cabo una reunión masiva de campesinos de Las Margaritas, La Trinitaria y La Independencia, incluyendo la participación forzada de refugiados guatemaltecos, con el gobernador interino Albores Guillén en la comunidad Amparo Agua Tinta. Se trataba de un acto de fuerza cuya finalidad era restablecer la legalidad del municipio y por lo tanto el llamado “estado de derecho”. Por su parte la población civil zapatista también se manifestó en el

mismo lugar pocos días después. En el acto las mujeres fueron las que tomaron la palabra para expresar, que el gobierno de Albores y sus seguidores priistas ya podían quedarse con las instalaciones del Consejo, y destruirlas cuantas veces quisieran, pero lo que no podrían destruir sería su rebeldía, ni su respeto y apoyo a sus autoridades legítimamente elegidas. Hacían un llamado a sus hermanos y hermanas campesinas a no dejarse engañar por “bonitos discursos gubernamentales”, mientras en los hechos solo había pobreza, represión y muerte. Orientaban a no caer en la división y el enfrentamiento impulsado desde el gobierno (El Tiempo; 14 a 20 de mayo de 1998).

La información oficial difundida pretendió hacer creer a la opinión pública que el municipio autónomo de Tierra y Libertad había sido desmantelado. “Sin embargo una cosa es la destrucción y saqueo de la sede del consejo y la detención y encarcelamiento de sus autoridades en Cerro Hueco, y otra cosa es la destrucción de un proceso, que no es la construcción de una casa sino precisamente la construcción de un proceso de autonomía”. Esto es justamente lo que el gobierno mexicano pretende destruir, una alternativa política de ser gobierno al “mandar obedeciendo”, lo que implica que los pobladores de las comunidades son quienes controlan las acciones de sus autoridades elegidas por ellos mismos, alternativa que le restaría poder político y económico a los grupos que se reproducen en el PRI-gobierno y a todo el Estado. Pero a pesar de la agresión y los cambios que ésta trajo consigo, fueron nombradas nuevas autoridades para el Municipio Autónomo “Tierra y Libertad”, como muestra de que la rebeldía de los pueblos continúa.

Las prácticas sociales en la nueva correlación de fuerzas.

Las primeras acciones preventivas de salud como puede deducirse de lo anterior no pudieron llevarse a cabo como estaban planeadas. Ni las reuniones con los miembros del Consejo de Salud Municipal y las ONGs pudieron continuar igual. La presidenta tuvo que salir de su comunidad pues tenía orden de aprehensión por ser “autoridad espuria” según el gobernador interino, aunque su único delito era ser representante legítimamente elegida, en un proceso organizativo que busca con todo derecho mejorar la salud de las comunidades de la región. El resto de los miembros del Consejo de Salud Municipal también tenía dificultades, pues uno de ellos sufrió un atentado y tuvo que salir también de su comunidad.

El trabajo de salud que había buscado darle contenido al proyecto del nuevo municipio, debería continuar ahora con los riesgos inherentes a la situación que ello implicaba. Para poder avanzar deberían buscarse los mecanismos para no correr riesgos innecesarios, puesto que cualquier trabajo de organización que se aparte de la perspectiva hegemónica, es en esta guerra un objetivo militar a ser destruido.

Puede decirse que a partir de la segunda mitad de 1998 el proceso de autonomía que se venía construyendo se replegó pero en realidad nunca se detuvo. Las acciones de vacunación que figuraban como uno de los primeros puntos del plan de salud que se estaba conformando, no siempre pudieron llevarse a cabo en las fechas previstas pues a veces los promotores tampoco pudieron llegar al lugar. Aunque conviene mencionar que una de las campañas de vacunación propuestas se realizó precisamente en Amparo Aguatinta, a pesar de la presencia de policías y coincidentemente con una visita de Albores Guillén para repartir pollos.

Ciertamente la situación había cambiado. Ahora respaldados por la fuerza proveniente del gobierno los mismos civiles vigilaban y denunciaban a sus vecinos, acentuándose con ello las divisiones entre los pobladores de las comunidades. La permanencia de un campamento de la policía de seguridad pública en Amparo Aguatinta, se complementaba con la promesa gubernamental de que se construiría una Clínica-hospital de la Secretaría de Salud, con 8 camas y especialidades básicas en ese lugar. La presencia del ejército era ahora también más constante en la región pues entraba y salía de las comunidades. En Poza Rica proporcionaba alimentos y pagaba los jornales de un vivero como "proyecto de desarrollo", y en el Ixcán construía la carretera. Se escuchaban rumores de que todos los niños serán llevados a Maravilla Tenejapa, comunidad priista, para ser educados por los soldados y de que en esa comunidad levantarán una escuela preparatoria.

También la clínica de Poza Rica había dado pie a suspicacias y no había sido raro que el ejército preguntara a la gente acerca de lo que ahí se hacía. Un rumor preocupante era que se apoderaría de la clínica, lo que de suceder significaría la pérdida de un espacio de atención a la salud confiable para esa región. Si bien no es un espacio vital, su defensa es importante por parte de los grupos populares de salud que sin embargo no deberán desgastarse en ello y aún con su pérdida, el proceso deberá seguir su marcha.

A pesar de existir una desfavorable correlación de fuerzas, los procesos populares continuarán y como corrientes de agua que fluyen y buscan su cauce, volverán a salir para continuar en otro momento la construcción de su futuro. Así fue que a fines de 1998 las organizaciones populares de salud volvieron a nombrar a sus representantes al Consejo de Salud Municipal. Como presidente fue elegido uno de los promotores con más experiencia y reconocimiento, pues la representante anterior en la vorágine de acontecimientos, se había casado, limitando su apoyo al espacio de su nueva comunidad. El resto de los integrantes permaneció en sus puestos.

Con el apoyo del asesor médico de EAPSEC y un médico del CCESC, que nunca los abandonaron, se realizaron diversas campañas de vacunación que permitieron aplicar cerca de 1,300 dosis para completar la protección de niños y niñas que desde hacía más de dos años no habían sido vacunados, además continuaron con el diagnóstico situacional de la región y elaboraron en conjunto un programa de capacitación, convocando nuevamente a las ONGs a comprometerse con ellos en la construcción del trabajo de salud para el nuevo municipio. Puesto que todo cambia, las ONGs también habían sufrido modificaciones. Algunas habían desaparecido, otra se dividió y algunas personas, presentes antes, dejaron su organización y cambiaron de espacio. Las que pudieron mantenerse programaron acciones y se comprometieron en diverso grado según sus posibilidades, a darle contenido al plan de capacitación y con ello, a la construcción-creación del proyecto de salud para la región de la selva del Municipio Autónomo "Tierra y Libertad".

No obstante el valioso aporte de aquellas y del grano de arena de quienes en su momento se acercan, es importante no olvidar que el proceso dependerá básicamente de la decisión de las poblaciones por construir su autonomía, obviamente a los ritmos y posibilidades que ellas mismas vayan señalando. Finalmente es la propia vida de los pueblos.

CONCLUSIÓN.

El particular recorte de realidad de esta investigación, fue organizado a partir de los retos y preguntas que planteaba el proyecto de construcción social en la selva de Las Margaritas. Para ello retomé mi experiencia durante 8 años en esa región y el cuestionamiento acerca de las perspectivas que podía tener la formación de promotores de salud, en el contexto neoliberal nacional de privatización selectiva y recorte del gasto en salud. El objetivo era no tanto dar una explicación a esa compleja realidad y afirmar o negar hipótesis, como dar cuenta de cómo se han conformado los procesos organizativos en salud. Mas importante aún, fue tratar de encontrar respuestas que dieran una orientación a mi propia práctica y la de otros médicos o promotores, con el fin de viabilizar opciones de futuro en el contexto del mundo rural.

Al respecto como ha sido mencionado, la formación de campesinos indígenas y mestizos como promotores de salud en la selva de Las Margaritas, ha tenido lugar en un contexto de pobreza y marginación y por lo tanto, de escasa o nula posibilidad de acceder a servicios de atención a la salud ya fueran oficiales o privados. A través de su formación, se ha tratado de ofrecer a la población campesina una alternativa de atención como medio de resolver en parte, la situación de enfermedad y muerte prevaleciente. A largo plazo a través de la figura del promotor, se buscaba impulsar acciones preventivas y aun hacer sentir a los pobladores la necesidad de involucrarse en procesos organizativos más amplios, con el fin de acabar con “la raíz del árbol de la enfermedad” puesto que se partía del reconocimiento de una causalidad social en el proceso salud-enfermedad.

Frente a la visión de la marginación como hecho casual o como destino divino e inexorable, es importante insistir al final de esta investigación, que ella no es neutral, sino producto histórico de un largo proceso de exclusión que comenzó desde la conquista con la imposición del proyecto de los dominadores, el cual se prolongó a través de las diferentes épocas. Como se vio en un capítulo anterior en el estado de Chiapas las poblaciones indígenas vivieron desde el siglo pasado y todavía bien entrado el actual, atadas por deudas a las fincas y obligadas a pagarlas con trabajo forzado, tiempo que conocieron como el “baldío”. Posteriormente en la primera mitad del siglo, ya liberados, y con el fin de que las mejores tierras siguieran en manos del capital local, la acción política de los gobiernos durante la reforma agraria propició el arrinconamiento de las poblaciones indígenas hacia la selva, colonización que siempre corrió por su cuenta y riesgo. En la segunda mitad del presente siglo, la incipiente industria basada en la extracción de petróleo y la construcción de obras hidroeléctricas, como proyectos depredadores del ambiente, acentuaron aún más la competencia por el uso del suelo y agudizaron la migración hacia la selva en un estado eminentemente agropecuario.

Lo anterior sin embargo es parte de un proceso mucho más general, producto de un modelo de desarrollo que contemporáneamente subordinó en sus orígenes al sector agropecuario a las necesidades de la industrialización, y que por lo mismo, impulsó a la agricultura capitalista que concentró el ingreso rural en detrimento de la agricultura campesina que quedó confinada a regiones agrestes. Tal desarrollo desigual se expresó históricamente a lo largo del territorio mexicano, entre lo que conocemos como el norte “desarrollado” y el sureste “atrasado”. Pero también se expresó al interior de una misma región y de un mismo estado, como ha sucedido en Chiapas

entre por ejemplo: la zona de Los Altos como semillero de fuerza de trabajo y la Selva de eminente agricultura campesina de subsistencia, frente a la Fraylesca como el granero del estado y la región del Soconusco como emporio del café. Así el progreso no fue igual para todos.

El país surgido de la revolución de 1910 que concibió como motor del desarrollo a la industrialización, consiguió avances económicos y sociales importantes que se cimentaron en el esfuerzo de los hombres y mujeres del mundo rural. Sin embargo mientras que las instituciones mexicanas de bienestar creadas en la posguerra para servir al capital, mejoraron las condiciones de vida de los trabajadores de la ciudad no tuvieron como prioridad responder a las necesidades de los trabajadores del campo. El régimen de seguridad social representado fundamentalmente por el IMSS, con la amplitud de sus bienes servicios y sus tres niveles de atención a la salud, fue creado para atender básicamente al proletariado industrial. Mientras tanto las instituciones de la Secretaría de Salud creada para dar atención a población abierta y a finales de la década de los 70 el IMSS en su régimen de solidaridad social, fueron las encargadas de proporcionar un cierto nivel de servicios a la población marginada de las áreas urbanas y rurales.

Al respecto el estado de Chiapas cuya actividad económica es esencialmente agropecuaria se ha caracterizado por su escasa población derechohabiente a institutos de seguridad social. Sus habitantes, básicamente campesinos, sólo tienen acceso a las instituciones que dan servicios a población abierta, aunque debido a la lejanía y aislamiento de las comunidades, como por el trato que reciben de su personal sobre todo cuando los demandantes de atención son indígenas, el acceso ha sido muy relativo. En las comunidades campesinas chiapanecas desde los años 70, ya había escasos centros de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (S.S.A), pero la construcción de unidades médicas rurales del régimen de solidaridad social del IMSS en la selva fue impulsada sobre todo, a principios de la década de los 80 coincidiendo con la llegada de los refugiados guatemaltecos. Sin restarle importancia al hecho, es necesario reiterar que dichas unidades no tuvieron una distribución uniforme, pues se concentraron en la selva fronteriza con Guatemala, tal vez porque la zona en ese momento atraía la atención internacional.

Así que para afrontar sus duras condiciones de vida los campesinos indígenas y mestizos colonizadores de la selva, en este caso de Las Margaritas, tuvieron la necesidad de organizarse para comercializar su café, para gestionar servicios y recursos ante las dependencias gubernamentales, para realizar sus festividades religiosas o de pastoral cristiana, y sobre todo para tratar de resolver sus problemas de enfermedad. Sus propios curadores y parteras tradicionales fueron inicialmente los únicos recursos de que dispusieron, posteriormente la acción de la iglesia católica y quizá algunas iglesias protestantes, apoyaron la capacitación de algunos campesinos para atender a la población, como parte de su misión evangelizadora. Un esfuerzo importante a principios de la década de los 80, es el de la Unión de Uniones tanto en Ocosingo como en Las Margaritas, para formar campesinos como "agentes de salud" los cuales deberían llevar a cabo acciones curativas como preventivas. Si bien la experiencia se frustró sobre todo en el último municipio, esta constituye un antecedente en la formación de promotores de salud según se ha relatado en esta investigación.

De acuerdo con lo anterior, los promotores de salud en las Margaritas han existido desde hace más de 15 años, pues comenzaron su formación en el año de 1983. En la zona central de la selva con el apoyo del dispensario médico de la parroquia del mismo municipio, se formó una pequeña organización tal vez imprecisa de definir en función del número de miembros, ya que la cantidad podía aumentar o disminuir hasta casi desaparecer. Sin embargo a través de los años la organización persistió en función de la identidad que se generó, pues el grupo base mantuvo su cohesión. El espacio de encuentro permitió la capacitación, la reflexión de problemas y a veces la obtención de recursos y herramientas para la atención a la salud. En la construcción de dicho espacio los promotores campesinos pusieron mucho de su esfuerzo y recursos propios, al lado de sus asesores médicos y el financiamiento escaso, primero del dispensario y luego de una agencia internacional.

En la zona fronteriza de Las Margaritas los mexicanos convivieron con los refugiados guatemaltecos y juntos fueron capacitados como promotores de salud por parte de diferentes instituciones y ONGS que habían llegado o se habían fundado, para el auxilio a estos últimos. Dentro de éstas una de las más importantes ha sido el Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán" a través de su clínica de referencia intermedia en la comunidad de Poza Rica, que más tarde daría lugar al Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos (CEESC), ya como asociación civil. Sin duda la experiencia del refugio fue provechosa, pues los campesinos nacionales se sorprendieron y aprendieron de lo que sabían los promotores de salud guatemaltecos, además de que se beneficiaron también de los recursos que llegaban prioritariamente para estos últimos. Al parecer en esos años no existió una identidad como grupo de promotores de salud mexicanos, misma que finalmente se expresó en la década de los 90 cuando se formaron las organizaciones populares de salud Cultura Maya y la Tojtzotze Li Maya.

Tal vez podría pensarse que la existencia de organizaciones populares de salud que se formaran en ambas zonas en diferentes momentos ha sido artificial, impulsadas en parte por agentes externos y los recursos económicos que les sirven de soporte y que faltando éstos la organización formada desaparecería, sin embargo el tiempo ha demostrado que aun sin recursos los promotores de salud continuaron como grupo y aún reforzaron su identidad, pues tenía que ver con sus propias necesidades y las de la población que se ha beneficiado con su servicio. Así podemos decir que la presencia de promotores campesinos se ha constituido desde entonces en un nivel para la atención a la salud en la selva de Las Margaritas, al llevar a cabo su quehacer en la propia comunidad y curar no solo las enfermedades más comunes, sino al evitar incluso el paso de la enfermedad a la muerte.

Si bien para las fechas en que surgieron promotores de salud ya había unidades médicas rurales del IMSS desperdigadas en la selva, también sucedía según mencionaban los mismos pobladores, que no tenían confianza en ellas pues al llegar después de largas horas de camino frecuentemente no tenían el medicamento necesario, o no tenían médico solo un enfermero, o estaban cerradas. En realidad la atención a la salud no sólo por razones culturales sino básicamente por la inaccesibilidad real a los servicios institucionales, ha quedado confinada en primer lugar al espacio de la familia y al quehacer de las mujeres, pues a ellas les ha tocado siempre el cuidado de los enfermos, pero también ha quedado confinada al espacio de la comunidad con los curadores tradicionales y más recientemente ha quedado asignada a

los promotores campesinos. Es decir la población que se reproduce marginalmente en la selva no ha tenido mucho de donde escoger. La atención a la salud ha quedado como consecuencia referida al ámbito privado, situación que últimamente en el contexto de privatización selectiva y recorte del gasto en salud, es favorable al retiro del Estado de su responsabilidad de proveer servicios, lo que va en detrimento de la calidad de vida de toda la población. En esa lógica la formación de promotores de salud para tratar de resolver los problemas de enfermedad de la población campesina, constituye una más de las estrategias de reproducción de un sector marginado e la población y es por lo tanto funcional al proyecto hegemónico.

Me parece importante señalar que la aparición del EZLN a principios de 1994, firmado recientemente el TLC marcó una ruptura en la continuidad del proyecto dominante y en la percepción popular de destino inexorable. La situación inédita, abierta a otros derroteros, dejaba la posibilidad de cambiar el rumbo de la historia e invitaba a construir el futuro. A partir de ese momento hubo un resurgimiento de la insurgencia civil en Chiapas como en otros rumbos del país.

En la selva de Las Margaritas, ahora conocida como zona de conflicto, las organizaciones populares de salud se modificaron cuantitativa como cualitativamente. Los promotores campesinos se vieron en la necesidad de permanecer al lado de sus familias y de la población de sus comunidades que demandaba apoyo ante una situación de guerra, pues los escasos médicos de las unidades rurales del IMSS se fueron. A su vez los promotores de salud requirieron permanecer juntos por convicción a su lucha, por seguridad ante el peligro y por la fuerza que da el estar organizados para hacer pero también para conseguir recursos, ahora con una identidad como rebeldes o como simpatizantes del ejército campesino. Ante la coyuntura abierta se fueron ampliando las perspectivas de lo que los mismos promotores (y los asesores médicos que los acompañaron), concebían como su quehacer pues ya no solo se trataba de atender las enfermedades de la población en las casas de salud o llevar a cabo acciones preventivas, sino que comenzaron a pensar en términos de controlar la Clínica-hospital del IMSS en Guadalupe Tepeyac o las pequeñas clínicas gubernamentales y aun las no gubernamentales de la región, como la de Poza Rica, de modo que su quehacer respondiera en verdad a las necesidades de la población campesina. Así fue como en el proceso hubo un cambio cualitativo en los pequeños grupos de promotores, pues se formaron las organizaciones Cultura Maya de Las Margaritas y La Independencia y la Tojtzotze Li Maya también en las Margaritas, cada una con su propia identidad y estructura de dirección.

Con respecto a la atención de la salud los primeros días de 1994, los miembros de las diferentes ONGs agnupadas en la CONPAZ exigieron al gobierno mexicano cumplir con su responsabilidad de atender a la población civil de la zona de conflicto, sobre todo en lo que respecta a la salud de las mujeres y los niños, como parte del Derecho Humanitario Internacional y **no obstante no haber sido firmado y reconocido el protocolo II relativo a conflictos armados no internacionales**. Posterior al diálogo de Catedral entre el EZLN y el **gobierno federal**, se tuvo la expectativa de que las autoridades dieran cumplimiento al **compromiso de echar a andar la Clínica-hospital del IMSS en Guadalupe Tepeyac bajo la dirección del Hospital de Comitán, como los responsables campesinos lo pedían, hecho que no ocurrió**. Por otro lado en **el mes de mayo**, algunos civiles **solidarios intentaron vacunar a la población infantil de esa zona con la participación de los promotores de salud, lo que fue capitalizado como una**

acción gubernamental según nota periodística. A partir de junio de 1994 el EZLN hizo explícita en la Segunda Declaración de la Selva Lacandona, su negativa a aceptar los recursos provenientes del gobierno que consideró mera limosna, frente a las demandas más generales de democracia, justicia y dignidad.

Con el llamado a todos sus simpatizantes a no aceptar nada que viniera del "mal gobierno", se cerraban otros espacios de lucha para diversas organizaciones campesinas, como las posibilidades de gestión de recursos ante las instancias gubernamentales a los cuales tienen derecho. Por su parte los programas oficiales fueron también rechazados y las personas o grupos que los aceptaron, debido a su militancia, fueron sancionados por su organización. Puesto que en el contexto de marginación los escasos recursos que se aceptan generan algún bienestar entre las familias, desde entonces la población que se asumió como zapatista inauguró su resistencia pero también agudizó su miseria, profundizada además por las dificultades para continuar sus labores agrícolas ante la presencia del ejército federal.

De acuerdo con la posición política reivindicada los servicios oficiales de atención a la salud fueron rechazados, así como las campañas de vacunación, de detección y control del cólera, tuberculosis, paludismo y otros programas preventivos de salud. Desde luego que hubo críticas y debates respecto a esa decisión que implicaba dejar desprotegida sobre todo a la población infantil, susceptible a morir por enfermedades prevenibles por vacunación, como el sarampión. Es preciso recordar sin embargo que aunque la Constitución Política establece la obligación del Estado de proteger la salud como derecho de todos los mexicanos, obligación que busca restringir al mínimo indispensable con programas para la pobreza extrema como Solidaridad, también es preciso no olvidar ni menospreciar que en el contexto de la guerra de baja intensidad, que es la que se libra en todos los espacios posibles, los escasos recursos gubernamentales han servido básicamente para polarizar a la población de las comunidades campesinas al condicionar los servicios a la filiación política de los usuarios, con lo que se busca restar apoyo al ejército campesino. Son por lo tanto en la contrainsurgencia, usados como arma política para derrotar al EZLN. Ante esa situación ¿cómo deberíamos luchar por el derecho a la salud y exigir al Estado el cumplimiento de su responsabilidad social, en el marco de la lucha zapatista? ¿cómo deberían los campesinos rebeldes en el marco de la resistencia convocada por el EZLN, luchar y exigir al Estado no desentenderse de su mandato constitucional? ¿cómo resistir o acompañar la resistencia construyendo con direccionalidad y sentido de futuro? ¿cómo puede la resistencia dejar de ser simple consunción?

Así desde el llamado de la Segunda Declaración de la Selva Lacandona a resistir, sólo se aceptaron recursos y servicios provenientes de la llamada sociedad civil nacional, la cual envió caravanas cargadas de víveres, medicinas, etc.; o se recibieron los generosos apoyos de la solidaridad internacional que se preocupó por aportar recursos para, entre otras cosas, construir clínicas en diferentes puntos de la zona de conflicto. Pero más allá de la inversión de recursos en la mera construcción material, parece que se ha pasado por alto que mantener el servicio de atención a la salud a largo plazo requiere de la presencia de un médico, a lo cual la gente tiene derecho, y no solamente de promotores de salud; se necesita del aprovisionamiento continuo de los medicamentos y materiales esenciales para dar el servicio; así como de los medios de transportación y las relaciones para contar con la indispensable referencia y contrareferencia de aquellos casos, que requerirán por la complejidad de su problema,

un segundo o aun un tercer nivel de atención. Recursos importantes como las diferentes vacunas y los antituberculosos, de alto costo, sólo son proporcionados por la instituciones oficiales de salud quedando fuera del alcance de los promotores, que no tienen permitido su gestión.

Por otro lado acerca de la construcción del nivel de atención a la salud básico en las regiones, es necesario mencionar que los promotores capacitados en atención primaria y elementos de diagnóstico y tratamiento desde la medicina hegemónica, generalmente no cuentan con los medicamentos y materiales necesarios para sus casas de salud, lo cual es indispensable para que un sistema elemental de atención cumpla uno de sus objetivos que es el de curar. Los medicamentos son adquiridos con muchas dificultades por la mayoría, debido a la insuficiencia de recursos como consecuencia del conflicto. Esto genera frustración en los promotores y en la población que atienden, acostumbrada a percibir que cualquier enfermedad se cura con pastillas e inyecciones, razón por la que les retira o les escatima su apoyo. Si bien no se ignora que la población zapatista o simpatizante desconfía de los servicios oficiales de salud, pues el personal obtiene información interrogando a los usuarios acerca de su filiación política, además de que les hostiga y les condiciona la atención, también habría que considerar que la construcción de clínicas por parte de la solidaridad nacional e internacional y las organizaciones de promotores campesinos, se han constituido en un "sistema paralelo" de atención a la salud privado para pobres, con grandes carencias y no articulado entre sí.

Desde otra perspectiva, es importante señalar que tales clínicas a pesar de sus muchas deficiencias son asumidas como recursos propios, es decir como propiedad de la comunidad y de la región, o de la parte de la población que se asume como simpatizante o perteneciente al EZLN. Dichas clínicas atendidas sobre todo por los promotores campesinos y a veces por un médico, son espacios en torno a los que se aglutinan las organizaciones de promotores de salud y también a los que la gente acude con confianza, elemento importante para una buena atención. Más importante que las construcciones sin embargo, son los mismos promotores campesinos los cuales han tenido ciertos logros preventivos cuando por ejemplo, organizadamente llevan a cabo acciones de vacunación si consiguen el recurso, o cuando forman sus comisiones de saneamiento por comunidad e impulsan, no sin dificultades, la participación de los pobladores en el cuidado de casas y solares, amén de otras tareas. En el aspecto curativo es necesario hacer notar, que con los escasos materiales de que disponen y sus conocimientos sobre plantas medicinales u otras terapias, solucionan algunos de los problemas más comunes evitando que los pobladores salgan lejos y ahorrando por lo tanto recursos a las familias y a la comunidad. Por otro lado en el contexto de conflicto actual, las organizaciones populares de salud se constituyen como fuerzas sociales que buscan hacer realidad sus propuestas, oponiéndose a otras fuerzas hegemónicas en el nivel local y regional. A su vez la coordinación entre ellas con un proyecto propio, configura una fuerza social más amplia en cuanto a sus alcances.

Ese es el caso de la zona fronteriza de Las Margaritas, cuyas organizaciones populares de salud dieron lugar en 1997, a la integración de un Consejo de Salud como una de las estructuras del Municipio Autónomo "Tierra y Libertad". Acerca de la atención a la salud los miembros del consejo no reivindican solo la medicina hegemónica sino también los conocimientos curativos de sus abuelos, pues para ellos ambas formas de curar son importantes para reparar la salud, aunque la última debe ser

reconocida y respetada. El deseo añejo es que la población pueda ser atendida las 24 horas porque como ellos dicen "la enfermedad no espera", con buen trato por parte del personal de salud, y con la medicina y los materiales suficientes según las enfermedades de la región; pero también debe ser atendida con la medicina de sus antepasados en la que reconocen un recurso efectivo y propio de su cultura. Mas allá de las acciones de atención sin embargo, reconocen que para tener salud se requiere que la población tenga mejores condiciones materiales de vida y modificar por lo tanto su situación de marginalidad. Al respecto es ilustrador citar la definición de salud elaborada por los promotores campesinos de diferentes organizaciones en el foro de Moisés Gandhi. Región Autónoma "Toztz Choj",* pues es la que asumen las organizaciones y su Consejo de Salud en el municipio Tierra y Libertad:

"Salud es el bienestar del pueblo y del individuo, que contenga la capacidad y motivación para todo tipo de actividad, sea social o política. Salud es vivir sin humillación, podernos desarrollar como mujeres y hombres; es poder luchar por una patria nueva donde los pobres y particularmente los indígenas se puedan determinar de manera autónoma, y donde la pobreza, la militarización y la guerra destruyen la salud. Este bienestar abarca lo físico y lo mental. Esto significa tener buena alimentación, buena vivienda, mantener la higiene en las casas, tener agua potable, luz y servicios médicos; que no haya contaminación por agroquímicos en la tierra y al medio ambiente ya que perjudica a la población, tener tierra donde trabajar, tener educación, una buena organización, tener libertad, respeto a la cultura y justicia" (Foro de Moisés Gandhi).

Con respecto al Consejo de Salud, sus representantes fueron elegidos por la población organizada de sus comunidades y a la vez por sus mismas organizaciones: Cultura Maya y la Tojtzotze Li Maya. Los integrantes del Consejo tienen la obligación de consultar con los miembros de sus respectivos grupos los asuntos relacionados con la salud, para decidir o no su ejecución. Aunque son autoridades, principalmente son servidores que deben de rendir cuentas ante quienes los han nombrado y por lo consiguiente deben "mandar obedeciendo". Junto con sus asesores médicos han creado un proyecto general de atención a la salud con sus programas específicos, el cual deberá responder a las necesidades de la población de la región. Los escasos recursos para llevarlo a cabo son administrados por los mismos integrantes del Consejo, quienes los han gestionado ante grupos y agencias internacionales solidarias, en detrimento de la tutela de personas y ONGS bien intencionadas pero paternalistas, a quienes no les ha gustado la nueva actitud de cuestionamiento acerca del monto de los recursos de proyectos que se piden a nombre de la población campesina beneficiaria, y sobre los cuales dicha población no decide o pocas veces lo hace. En este punto vale la pena señalar que la perspectiva de los dos médicos que apoyan a las organizaciones populares de salud en el Municipio Autónomo "Tierra y Libertad", es que sean las estructuras directivas de éstas las que controlen su propio proceso y por lo tanto los recursos para llevar adelante sus objetivos.

Si bien la agresión al municipio autónomo Tierra y Libertad, impulsado por la política contrainsurgente del gobernador interino Albores Guillen, no significa su desmantelamiento como los medios masivos de información se han apresurado a señalar, no podría negarse sin embargo que a consecuencia de ello se ha modificado desfavorablemente la correlación de fuerzas. Pero a pesar de las hostilidades, los promotores campesinos, que son los que conforman la voluntad social de la organización, y sus asesores médicos amen de otros solidarios, han seguido trabajando

en el sentido de hacer realidad el proyecto de autonomía a los ritmos que marca la situación cambiante en esta guerra de baja intensidad, cuando por ejemplo además de sus actividades curativas y preventivas, continúan con su capacitación continua y la difusión de su experiencia.

Es fundamental considerar que la voluntad social que anima a las organizaciones populares de salud y que las impulsa en dirección al logro de sus objetivos, se fundamenta en los promotores de salud, ya sean estos indígenas o mestizos, hombres o mujeres, solteros o casados, jóvenes o "viejos". Todos ellos son personas de carne y hueso que corren riesgos y que como campesinos necesitan resolver en lo inmediato las necesidades apremiantes de la sobrevivencia familiar. Como personas que adquieren una responsabilidad asumida como servicio, requieren del reconocimiento y apoyo por parte de la población de sus comunidades para trabajar "de manera más comprometida". Todo lo anterior es parte de la vulnerabilidad de la misma organización y tal vez al entender esa situación, se puede ser más comprensivo cuando alguno de ellos, por necesidad personal o familiar, deja de ser promotor de salud o aun parte de la organización.

Finalmente la lucha por la salud es también la lucha por salir de la marginación y por conseguir una mejor calidad de vida, como la entienden las propias poblaciones campesinas, en una región multicultural como es el Municipio Autónomo "Tierra y Libertad". El proyecto que busca realizarse con sus errores y tropiezos, es una forma de darle contenido a la autonomía regional, que no es más que la propia perspectiva del desarrollo a que aspira legítimamente la población campesina rebelde. Como ellos dicen, salud es la capacidad de autodeterminarse como indígenas y significa simplemente vivir con dignidad.

Así, en el contexto neoliberal, las organizaciones populares de salud y el Consejo Autónomo con su proyecto, han dejado de ser la expresión de una estrategia de sobrevivencia de los marginados para constituirse como una fuerza política, que subvierte el orden dominante en el plano local y regional rebasándolo, para oponerse a la fuerza del Estado y su proyecto hegemónico. El proyecto que trata de concretarse en la realidad es ambicioso y no existe terminado como tal, sino que adquiere forma en la medida en que se construye cotidianamente, es decir, se trata de una construcción que lucha por ser viable.

Hasta aquí he rescatado la experiencia de las organizaciones populares de salud de los promotores indígenas y mestizos en Las Margaritas, las cuales se conforman en el proceso como un sujeto social, no como punto de llegada sino como su permanente devenir.

IDEAS PARA UNA PROPUESTA.

Es necesario enfatizar y por lo tanto asumir, que la salud individual y colectiva es una expresión de las condiciones de vida y trabajo producto a su vez de determinantes sociales y políticas. Esto es que la forma de vivir, enfermar y morir de una colectividad humana tiene que ver con la forma como ella se inserta en la producción social (Laurell, 1989; p. 12). Implica en términos concretos que la resolución de una parte de la patología de la población campesina en la selva, pasa por resolver fundamentalmente su situación de marginación, fenómeno que se liga con la cuestión del proyecto de desarrollo como nación mexicana y del lugar que en ese proyecto ocupan sus pueblos indígenas. En dicho proyecto deberían caber las propuestas de desarrollo a que aspiran legítimamente estos últimos al lado de las de los mestizos de las clases populares. No puede tratarse solo del proyecto de los capitales transnacionales y grupos privilegiados, con exclusión del resto de los que vivimos en este país. La lucha por el reconocimiento constitucional a la autonomía tal como fue recogida en los Acuerdos de San Andrés, incluye aunque con imperfecciones, las aspiraciones legítimas de los pueblos indígenas a una forma de desarrollo como ellos la necesitan y la han concebido. Son ellos los que deberían participar en la elaboración de las diferentes políticas públicas que los afectan en su vida cotidiana.

Al hacer la referencia al concepto de pueblo indígena como etnia que aspira a su propio desarrollo, hago explícito que en el caso de Las Margaritas, sobre todo en lo que concierne a su zona fronteriza, conviven varias etnias: tojolabales, tzotziles, tzeltales, al lado de los mestizos, todos los cuales como campesinos en cuanto clase, con las mismas dificultades y aspiraciones construyen el municipio autónomo Tierra y Libertad. En ese sentido es necesario aclarar que no se trata de la imposición del proyecto de un pueblo indígena con exclusión de los otros, como podría entenderse del concepto de autonomía, sino del proyecto de desarrollo de una región pluriétnica que aspira a ejercer su propio gobierno en un determinado territorio, dentro de la gran nación mexicana.

Tal proyecto de autogobierno como lo afirma la Declaración de Moisés Gandhi, implica que las comunidades de la región deben participar en la elaboración de las políticas públicas (agraria, productiva, sanitaria, de la vivienda, de nutrición, de ecología etc.), en el diseño de sus propias leyes internas y en el control de sus recursos naturales, los cuales no deberían ser sólo para fines de utilidad pública que siempre implica para los pueblos destrucción y más pobreza, sino también para el aprovechamiento, disfrute y protección por parte de la misma población asentada donde dichos recursos existen. El autogobierno implica que la misma población indígena y mestiza en la región pueda decidir acerca de los asuntos que le competen (M. Gandhi; 1997, p. 6).

Pero el poder decidir y ejecutar tiene que ver con la posibilidad de contar con recursos económicos para impulsar acciones, y dichos recursos no pueden provenir sólo de las comunidades campesinas en una acción de "rascarse con sus propias uñas" para morir de inanición, ni provenir solamente del apoyo de grupos solidarios nacionales o internacionales, sino que antes que nada deben provenir de la riqueza socialmente generada en este país. Así los municipios autónomos como expresiones sociales legítimas, deberían tener el derecho de acceder a una parte del presupuesto federal para construir su propio desarrollo, dentro del conjunto de la nación mexicana. Esto en modo

alguno es fácil ya que pasa en primer lugar por el reconocimiento constitucional de un cuarto nivel de gobierno, que actualmente en esta guerra, es uno más de los motivos de conflicto entre fuerzas sociales antagónicas (M. Gandhi, p.6). Mas allá de los recursos económicos se trata en primer lugar de una situación de fuerza, es decir de generar poder. Se trata en términos prácticos de generar un movimiento amplio por el reconocimiento y cumplimiento de los Acuerdos de San Andrés por parte del Estado, donde los pueblos campesinos indígenas participen como sujeto tal como había sido acordado originalmente.

Sólo a partir de esa posibilidad el Municipio Autónomo "Tierra y Libertad" y todos los municipios autónomos podrán contar con los recursos necesarios para planear, ejecutar y controlar sus propios programas de desarrollo, derivados a su vez de las políticas públicas generales en que sus autoridades y comisiones deben participar. Al tener como prioridad satisfacer las necesidades de la mayoría de la población ahora marginada, las acciones efectuadas en beneficio de ésta darían como resultado una mejora en las condiciones de vida y por lo tanto, redundarían en un mejor estado de salud.

Por otro lado si bien las determinantes principales de la salud se encuentran en la organización productiva y social, también se requiere como menciona Laurell, de medidas específicas de política sanitaria para avanzar en la solución de los problemas de enfermedad. Al respecto el Consejo de Salud Municipal como estructura encargada específicamente de la política sanitaria, debería contar con los recursos necesarios para llevar a cabo sus programas preventivos, los cuales responderían a la necesidad de atacar la patología más frecuente. Al mismo tiempo se fortalecería la estructura curativa básica para tratar los problemas más frecuentes de enfermedad, a través del fortalecimiento de la red de promotores de salud de todas las organizaciones en la región, así como por medio del control de los centros de salud y unidades médicas rurales gubernamentales y no gubernamentales, los cuales deberán responder en esa lógica a las necesidades de atención de la población de la región de acuerdo a un plan general para el municipio autónomo elaborado democráticamente. Esto es que juntos, tanto personal de salud como los habitantes de las comunidades, son quienes conocen las necesidades, y por lo tanto quienes deben definir las prioridades, diseñar el plan, vigilar su ejecución, así como administrar y evaluar la eficiencia y eficacia de las acciones.

Puesto que la experiencias de organización comunitaria han demostrado que la presencia de promotores de salud se ha constituido en un nuevo nivel de atención, el fortalecimiento de la red de promotores de la región será fundamental para garantizar la atención básica a los pobladores de las comunidades, pues es además un servicio accesible culturalmente al servir de puente entre las costumbres curativas y la medicina hegemónica. Como campesinos formados en esa forma de curar, la red de promotores deberá contar por lo tanto con los recursos necesarios para la capacitación continua con el fin de elevar permanentemente la calidad técnica de su servicio. Dentro de dicho plan de capacitación deberá estar contemplado el asesoramiento y supervisión constante a su trabajo, de modo que se sientan respaldados y obtengan la confianza, reconocimiento y por lo tanto el apoyo de sus comunidades, a partir de la conciencia de que el servicio que ellos y ellas brindan es bueno y necesario. Pero puesto que son campesinos con necesidades como el resto, también deberá asignárseles un apoyo económico en la modalidad que sea decidida por los habitantes de sus comunidades, de modo que con

nienos presiones económicas dediquen más tiempo a sus labores como promotores de salud. Puesto que el nivel de atención que ellos proporcionan es fundamental, no deberá faltar el equipo e instrumental indispensable ni el medicamento o materiales necesarios para una buena atención a ese nivel.

A su vez el personal de los centros de salud y unidades médicas rurales, sensibilizado a la problemática de las comunidades campesinas con población indígena, deberá también recibir los beneficios de la capacitación continua que redundará en una elevación de la calidad técnica de su trabajo. Sin descuidar las condiciones de trabajo digno al personal médico y de enfermería, estos deberán brindar al público una atención con calidad técnica y humana durante las 24 horas en que deberá permanecer abierto el servicio, el cual estará organizado de tal manera que pueda satisfacer esa demanda de la población. Las instalaciones deberán contar obligatoriamente con el equipo e instrumental, así como con los medicamentos y servicios necesarios de acuerdo al nivel de atención. Dichas clínicas así como las casas de salud comunitarias, constituirán los espacios obligados para la referencia y contrarreferencia de pacientes en el nivel local y regional, pero no se quedará ahí.

El derecho a la atención de la salud deberá incluir también el acceso real de la población campesina indígena al segundo nivel de atención, por medio de carreteras en buenas condiciones, de radios y ambulancias sobre todo en aquellas zonas de difícil acceso dentro del municipio autónomo. Pero aunado al acercamiento geográfico de las clínicas y hospitales se requiere del acceso económico a ellos, que para la población campesina puede ser la diferencia entre la vida y la muerte, por lo que se requiere de la gratuidad de los servicios de salud que deberá incluir forzosamente no sólo al primer y segundo nivel sino también el acceso al tercer nivel de atención. De ese modo la atención a la salud sería asumida como un derecho social, sobre todo para los campesinos indígenas y mestizos de la selva, con la consiguiente obligatoriedad del Estado Mexicano de garantizarla como bien público. Al respecto interesante y complementaria resulta la propuesta de Laurell y otros investigadores acerca de la unificación de los institutos de seguridad social y de población abierta en un Sistema Único de Salud, universal e igualitario y con acceso gratuito para todos los mexicanos, lo cual no se repetirá en este espacio

Lo anterior por hoy no es posible puesto que no se cuenta con la posibilidad de acceder a los recursos gubernamentales a partir del reconocimiento legítimo de los municipios autónomos según el espíritu original de los Acuerdos de San Andrés. Sin embargo se posee un cúmulo de experiencias obtenido a lo largo de los años, que dan contenido y orientación a la construcción gradual de un proyecto alternativo en salud, desde cuyo reconocimiento es preciso continuar en la construcción de una fuerza social con sentido de futuro

De acuerdo con lo anterior, es necesario continuar fortaleciendo las experiencias de participación popular en salud de los municipios autónomos (en este caso de "Tierra y Libertad" y "San Pedro Michoacán" ubicados en Las Margaritas) con todos los recursos disponibles, pero se requiere además trascender el aislamiento en que ellas se recrean para integrarlas en un plano más amplio, que permita en el aspecto operativo, llevar a cabo acciones coordinadas en un gran territorio o que permita por lo menos tener espacios de encuentro y reflexión con el fin de ir construyendo una identidad mayor. Es decir se trataría de crear un "Servicio Único de Salud" para los municipios

autónomos, que pudiera homogeneizar las acciones del primer nivel de atención integrando a la medicina tradicional, amén de otras terapias, con un sistema de información local y regional para medir el impacto de las acciones emprendidas, a la vez que proporcionara datos para planear como ejercicio continuo; pero también que planteara estrategias para acceder al segundo y tercer nivel de atención.

A este respecto es fundamental ampliar la perspectiva de los problemas, a través del conocimiento de las experiencias de lucha que los trabajadores democráticos de los servicios oficiales de salud libran en defensa de la institución pública y con los cuales podrían establecerse alianzas. Hoy es importante coadyuvar en el fortalecimiento de las instituciones de salud en cuanto espacios concretos de trabajo y de producción de servicios con el fin de revertir su deterioro y mejorar la calidad de la atención. Ambas modalidades de la lucha por la salud, la de los campesinos indígenas y mestizos en los municipios autónomos y la de los trabajadores de las instituciones oficiales, son esenciales para darle una nueva dimensión a la lucha por el derecho a la protección a la salud y por lo tanto para hacer cumplir al Estado su obligación de garantizarla como bien público. Si en el futuro esto no ocurre, probablemente nuestras experiencias en salud serán marginales en relación a los grandes problemas nacionales y quizás, hasta funcionales a los cambios que ya ha impuesto el neoliberalismo.

Por otro lado con el fin de fortalecer al Consejo de Salud Municipal del municipio Tierra y Libertad, así como a las experiencias en salud del resto de los municipios autónomos, es preciso darles visibilidad, de modo que sean reconocidas, apoyadas y defendidas a nivel local, nacional e internacional como esfuerzos legítimos de campesinos y campesinas indígenas y mestizos que sin muchos recursos y si con grandes esfuerzos, luchan por construir con su rebeldía una vida mejor para ellos y ellas y sus hijos e hijas, y en fin como ellos dicen: para todas y todos los mexicanos. Por eso, si con esta investigación se logra dar visibilidad a su lucha, contribuir a inclinar la balanza a favor de las fuerzas populares que buscan un mundo sin exclusiones y aportar en algo a construir un mejor futuro, el grano de arena habrá servido. Se trata de no permitir que maten la esperanza y con los sueños construir lo que de potencial tiene la realidad.

BIBLIOGRAFIA.

"Abanderó el CCRI al agrupamiento Emiliano Zapata" en *La Jornada* del 9 de septiembre de 1997.

Acevedo García, Marina.

Las Margaritas: una experiencia de frontera. Tesis de maestría. Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora. México 1992.

Acuerdo Estatal para la Reconciliación en Chiapas.

Adler Hellman, Judith.

"The Study of new social movements in Latin America and the question of autonomy" en *The making of the social movements in Latin America: identity, strategy and democracy*. Westview, San Francisco 1992.

Aguayo, Sergio.

"Conclusiones y perspectivas" en *El Éxodo Centroamericano*. Sep-cultura. México 1985.

Almeyra, Guillermo.

"Las dos modernidades" en *La Sociedad frente al mercado*. Ed. UAM-Jornada. México 1998.

Angulo Barredo, Jorge

Población y migraciones campesino-indígenas de Los Altos de Chiapas. Instituto de Estudios Indígenas. UNACH. 1991-1993.

Arana, Marcos

"La Salud en la Selva de Chiapas en el Final de Siglo" en Almada I(Coord.). *Salud y Crisis en México. Más Textos para el Debate*. Cuadernos CIIR/UNAM, Serie Seminarios 2. México 1991.

Aubry, Andrés e Inda, Angélica.

"Paramilitares" en *El Tiempo* No. 43. Del 28 de noviembre al 3 de diciembre de 1997.

Avances y pasos a dar en nuestra lucha del café. Mimeo. Las Margaritas, Chiapas 1980.

Bartra, Armando.

"Modo de producción, formación social y campesinado" y "La reproducción de los modos de producción y la lucha de clases" en *La explotación del trabajo campesino por el capital*. Ed. Macehual. México 1979.

Bartra, Armando.

"Modernidad, miseria extrema y productores organizados" en revista *El Cotidiano* No. 36. Julio-agosto. UAM-Azcapotzalco. México 1990.

Beneria, Lourdes.

"Reproducción, producción y división sexual del trabajo".

Blanco, G. J.; Rivera, J. A.; Arellano, L. O.

Chiapas: La Emergencia Sanitaria Permanente. Mimeo. México 1994.

Calderón, Fernando; Alejandro Piscitelli y José Luis Reyna.

"Social movements: actors, theories, expectations" en *The making of the social movements in Latin America: identity, strategy and democracy*. Westview, San Francisco 1992.

Camacho, Daniel.

"Los movimientos populares" en *América Latina Hoy*. Ed. Siglo XXI. México 1990.

Carlsen, Laura y Robles, R.

"Agricultura y acuerdo de libre comercio" en revista *El Cotidiano* No. 40. UAM-Azcapotzalco. México 1990.

Carta descriptiva para plan de trabajo. Chiapas. Octubre 1994.

Carta de Morquecho, G. a La Jornada con motivo del hostigamiento a ONGs de Comitán.

Ceceña, Ana Esther y Barreda, Andrés.

"Chiapas y sus recursos estratégicos" en *Revista Chiapas* No. 1. UNAM y Ediciones ERA. México 1995.

"Comunicado del CCRI-CG. Pliego de Demandas" en *La Palabra de los Armados de Verdad y de Fuego*. Ed. Fuenteovejuna. México 1994.

Comunicado del Ejército Zapatista de Liberación Nacional. México. 24 de noviembre de 1997.

Coplade. *Programa de Desarrollo de la Región Fronteriza 1995-2000*. Chiapas.

"Crecen los grupos paramilitares en la frontera con Guatemala" en *La Jornada* del 10 de febrero de 1997.

"Cronología sobre los acontecimientos de Chiapas de los meses de junio a diciembre de 1994" en *Los hombres sin rostro II*. CEE y SIPRO. México 1994.

"Cronología sobre militarización, paramilitarización y asesinatos ocurridos en Chiapas durante el periodo correspondiente a enero-junio de 1996" en *Militarización y Violencia en Chiapas*. CONPAZ, CDH Fray Bartolomé de Las Casas. Convergencia. México 1996.

Dalton, J. Russel y Manfred Kuechler. Comps.

Los nuevos movimientos sociales. Ediciones Alfons el Magnanim. Valencia 1992.

Declaración de Moisés Gandhi. La salud en manos del pueblo. Moisés Gandhi. Región Autónoma Totz Choj. Chiapas. Febrero 1997.

"Declaración de la Selva Lacandona" en *Cuadernos Agrarios* No. 8-9. Ed. Nueva Epoca. México 1994.

De la Garza Toledo, E.

"Los sujetos sociales en el debate teórico" en *Crisis y sujetos sociales en México.* Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades. UNAM.

Del Rosario, R.G; García, S. M; Licea, R.G.

Reporte del viaje de estudios realizado a Guadalupe Tepeyac, municipio de Las Margaritas, Chis. del 24 de marzo al 7 de abril. Universidad Autónoma de Chapingo. Depto. de Trabajos de Campo Universitarios. Depto. de Preparatoria Agrícola. México 1987.

"Desalojan a tojolabales del FZLN de una radiodifusora en Chiapas" en *La Jornada* del 2 de mayo de 1996.

"Desde el rincón más olvidado del Sureste Mexicano" en *El Tiempo* No. 40. Del 8 al 14 de noviembre de 1997.

De Voz, Jan.

"Una Selva Herida de Muerte. Historia Reciente de la Selva Lacandona" en Vázquez-Sánchez, M.A y Ramos, M. A. (eds). *Reserva de la Biosfera Montes Azules Selva Lacandona: Investigación para su conservación.* Publ. Esp. Ecosfera. 1992

Diagnóstico Estatal de Salud. Sector Salud Chiapas 1990

"Diagnóstico" en el Programa de Desarrollo de la Región Fronteriza 1995-2000. COPLADE. Chiapas 1995.

Documento INI. Mimeo. Chiapas 1990.

Dussel, Enrique.

"Sentido ético de la rebelión maya de 1994 en Chiapas (Dos "Juegos del lenguaje")" en *La sociedad frente al mercado.* Ed. UAM-Jornada. México 1998

Editorial "La batalla perdida". *El Tiempo* No. 40. Editora de Medios de Comunicación del Sureste. Sociedad Civil. Chiapas. Del 8 al 14 de noviembre de 1997.

"El Acuerdo de Reconciliación combatirá tomas y bloqueos" en *La Jornada* del 1° de marzo de 1997.

"El ejército cercó La Realidad" en *El Tiempo* No. 48. Del 3 al 8 de enero de 1998.

"En defensa de los pueblos indígenas. En defensa de la negociación por la paz. En defensa de lo acordado" documento de CONAL. México. 17 de marzo de 1998.

"En Guatemala se preparan kaibiles mexicanos" en *El Tiempo* No. 51. Del 16 al 20 de enero de 1998.

"En privado, el gobierno analizó eliminar municipios autónomos" en *La Jornada* del 15 de febrero de 1998.

Entrevista asesor médico de EAPSEC. Septiembre. Chiapas 1997.

Entrevista asesor médico de la OMIECH. Marzo. Chiapas 1998.

Entrevista a dirigente campesino de la Tojtzotze Li Maya. Chiapas. Junio 1998.

Escobar, Arturo y Alvarez, Sonia. Eds.

"Introducción: theory and protest in Latin America today" en *The making of the Social Movements in Latin America*. Westview, San Francisco 1992.

Espinoza C, Luz María.

"Aproximación a la Producción Agropecuaria en Chiapas" en *Chiapas. El Regreso a la Utopía*. Universidad Autónoma de Guerrero. Dirección de Investigación Científica. Editorial Comuna. México 1995.

"EZLN. Segunda Declaración de la Selva Lacandona" en *Cuadernos Agrarios* No. 10. Ed. Nueva Época. México 1994.

Fernández, Ortiz. L. M. y Tarrío, G. M.

Ganadería y estructura agraria en Chiapas. UAM-Xochimilco. México 1983.

Fernández, Ortiz. L. M. y García, A. M. C.

"Ganadería, deforestación y conflictos agrarios en Chiapas" en *Chiapas: movimiento indígena y campesino*. Cuadernos Agrarios No. 8-9. Nueva Época. México 1994.

Fontana, Josep.

"Repensar la historia para replantear el futuro" en *Historia. Análisis del pasado y proyecto social*. Ed Crítica. Barcelona 1982.

Foweraker, Joe.

"Theorizing Social Movements". Pluto Press, Boulder. *Critical Studies on Latin America*. 1995

Frenk, Julio.

"Chiapas: las desigualdades internas" en *La Jornada*. 26 de enero de 1998.

Freyermuth Enciso, G. y Godfrey, N

Refugiados Guatemaltecos en México. La Vida en Continuo Estado de Emergencia. CIESAS-Sureste e Instituto Chiapaneco de Cultura. México 1993.

García A. M.C; Villafuerte, D.

"Economía y Sociedad en Chiapas" en *La Sociedad Frente al Mercado*. UAM-Xochimilco. Ediciones La Jornada. México 1998.

García de León, Antonio.

Resistencia y Utopía. Tomo 2. Ediciones Era. México 1982.

García de León, Antonio.

"Encrucijada rural: el movimiento campesino ante las modernidades" en *Cuadernos políticos* No. 58, sept-dic. Ed Era. México 1989.

García de León, Antonio.

"El lazo corredizo" en *La Jornada* del 22 de mayo de 1996.

"Geografía de la Marginación" en *Necesidades Esenciales en México*. Vol. 5. Coplamar. Siglo XXI. México 1989.

González Casanova, Pablo.

"El Estado y la política" en *América Latina Hoy*. Ed Siglo XXI. México 1990.

González Pacheco, Cuauhtémoc.

Capital Extranjero en la Selva de Chiapas 1863-1982. UNAM. Instituto de Investigaciones económicas. México 1983.

Guido Bejar, Rafael; Otto Fernández Reyes

"El juicio al sujeto: un análisis de los movimientos sociales en América Latina" en *El juicio al sujeto. Un análisis global de los movimientos sociales*. Ed Flacso-Porrúa. México 1990.

Gutiérrez Garza, Estela.

Testimonios de la crisis. La crisis del estado de bienestar. Ed Siglo XXI. México 1998.

Harvey, Neil.

"Las organizaciones sociales ante el conflicto armado en Chiapas" en la revista *El Cotidiano* No. 61. Marzo-abril. UAM-Azcapotzalco. México 1994.

Hernández G, Antonio y Ruz, M.H.

Memoria Baldía: Los Tojolabales y las Fincas. Testimonios. UNAM-UNACH. México 1992.

Henández Navarro, Luis.

"¿Violencias indígenas o derechos pendientes?" En *La Jornada* del 9 de septiembre de 1997.

Instituto Nacional de Nutrición.

"Vivienda y Saneamiento" en *Perfil de la Jornada*. 22 de julio de 1997.

"Inusual movimiento de tropas en varias comunidades de Chiapas" en *La Jornada* del 28 de mayo de 1996.

"Juicio político ante la prensa mundial, humillante remate al secuestro del Gral Absalón Castellanos" en la revista *Proceso* No. 903. 21 de febrero. México 1994.

La Palabra No. 10. 1ª quincena de marzo de 1997. CIACH.

La Palabra No. 11. 2ª quincena de marzo de 1997. CIACH.

La Palabra No. 13. 2ª quincena de abril de 1997. CIACH.

La Palabra No. 15. 2ª quincena de mayo de 1997. CIACH.

"Las Margaritas" en *Los Municipios de Chiapas*. Colección: Enciclopedia de los Municipios de México. Secretaría de Gobernación y Gobierno del Estado de Chis. 1998.

"Las nuevas tendencias en la agricultura chiapaneca" en *Revista del Taller de Coyuntura Regional* No. 4 junio-julio. CIACH. San Cristóbal de las Casas 1989.

Laurell A, Cristina.

"Una opción popular en salud" en *Cuadernos Políticos* No. 57. Mayo-agosto. Ed. Era. México 1989.

Lavín Martínez, Carlos.

Una Tentativa de Aproximación Sociológica a los Tojolabales. Documento mimeo.

Misión de los Hermanos Maristas. Comitán 1974.

Lavín M, C.

Migración Tojolabal. Documento mimeo. Misión de los Hermanos Maristas. San Cristóbal de Las Casas. Chiapas. 1974.

León, Emma y Valencia, G.

El proceso de investigación en la reconstrucción articulada de la realidad. Documento de trabajo. Diciembre 1989.

"Ley para el Diálogo, la Conciliación y la Paz Digna en Chiapas" en *Movimiento Ciudadano por la Democracia*. México.

Lomeli González, Arturo.

Algunas Costumbres y Tradiciones del Mundo Tojolabal. Gobierno del Estado.

Dirección de Fortalecimiento y Fomento a las Culturas de la Subsecretaría de Asuntos Indígenas. Chiapas 1988.

Los Acuerdos de San Andrés. México 1996.

"Marchan zapatistas en Comalapa" *El tiempo* No. 40. Del 8 al 14 de noviembre de 1994.

Márquez R, Conrado; Luna L, J; Valsierra P, P.I.

Diagnóstico de la cafecultura en el estado de Chiapas. 1990.

Martínez V, Germán.

Plantaciones, Trabajo Guatemalteco y Política Migratoria en la Frontera Sur de México. Colegio de la Frontera Sur. México 1994.

Marx, Karl.

"La transformación de dinero en capital" en *El proceso de producción del capital*. Tomo I. Vol. I. Libro primero. Siglo XXI. 18°. Ed. México 1990.

Memoria del taller de análisis de coyuntura CONPAZ. Chiapas 14 de diciembre de 1995.

"Mensaje del EZLN en Paso Hondo" en *El Tiempo* No. 40. Del 8 al 14 de noviembre de 1997.

Moguel, Julio.

"El Pronasol en el horno chiapaneco" en revista *El Cotidiano* No. 61. UAM-Azcapotzalco. México 1994.

Páez Flores, Armando.

Nuevos movimientos sociales, política y acción revolucionaria. Centro de Investigaciones sobre los Movimientos Sociales-Universidad de Guadalajara, Guadalajara. México 1990.

Paniagua Mijangos, Jorge.

Uso del suelo, migración y trabajo asalariado en dos comunidades tojolabales. Instituto de Estudios Indígenas. UNACH. 1991-1993.

Paz P, Lorena.

"Una Mirada al Periodo de Crisis de la Cafeticultura Mexicana. Recuento de Políticas Oficiales y Respuesta Campesina" en *Cuadernos Agrarios* No. 11-12. Ed. Nueva Época. México 1995.

Paz Salinas, María Fernanda

La Migración a Las Margaritas. Una Historia a Dos Voces. Tesis de licenciatura. UNACH-Campus III. San Cristóbal de Las Casas. Chiapas 1989.

Pérez Arce, F.

"Organizar la Selva. Historia de la Unión de Uniones" en *Cafetaleros. La construcción de la autonomía*. Cuadernos de desarrollo de base 3. CNOC. Servicios de Apoyo Local, A. C. México 1991.

Piñeyro, José Luis.

"Chiapas en la seguridad nacional de México" en revista *El Cotidiano* No. 62. Mayo-junio. UAM-Azcapotzalco México 1994.

Primer Congreso Indígena. CENCOS. México 1974.

Programa Comunitario de Salud "Cultura Maya". *Plan General*. Chiapas 1994.

Programa Comunitario de Salud "Cultura Maya". *Estrategia VI. Formación de recursos humanos para la atención primaria. Taller de capacitación a promotores de salud avanzados*. Chiapas 1994.

"Provocaría exclusiones y fracturas la iniciativa de COCOPA, dice el gobierno" en *La Jornada* del 27 de febrero de 1998

Quijano, Anibal.
Modernidad, identidad y utopía en América Latina. Mimeo sin fecha.

Ramírez Cuevas, Jesús.
"Militarización en Chiapas. Un soldado por familia" en *Masiosare* No. 10, suplemento de *La Jornada* del 25 de enero de 1998.

Rascón, Marco.
"La visita del EZLN y el CNT" en *La Jornada* del 9 de septiembre de 1997.

Región Frontera de Chiapas. Perfil Sociodemográfico. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. INEGI.

Resultados Definitivos. Tomo I. VII Censo Agrícola-Ganadero 1990. Chiapas. INEGI.

Resumen cuantitativo de los Planes Tojolabal y de la Selva (quince años de trabajo). IPN. Escuela Superior de Medicina. Dpto. de Medicina Comunitaria. Chiapas 1989.

Reyes Ramos, Ma. Eugenia
El Reparto de Tierras y la Política Agraria en Chiapas. 1914-1988. UNAM. Centro de Investigaciones Humanísticas de Mesoamérica y del Estado de Chiapas. México 1992.

Reyes Ramos, Ma. Eugenia
"Historia de la Política Agraria en Chiapas. El Conflicto por la Tierra" en revista *El Cotidiano* No. 62. Mayo-junio. UAM-Azcapotzalco. México 1994.

Rivas B, M. Georgina.
El proceso salud-enfermedad de los cafecultores de la Unión de Ejidos de La Selva. Maestría en Desarrollo Rural. UAM-Xochimilco. México 1990.

Rivas B, M. G.
Avance de investigación. México 1994.

Robles, Rosario y Moguel, Julio.
"Agricultura y proyecto neoliberal" en revista *El Cotidiano* No. 34. Marzo-abril UAM-Azcapotzalco. México 1990.

Ruz, Mario Humberto.
Los Legítimos Hombres. Aproximación antropológica al grupo tojolabal. Volumen I. UNAM. Centro de Estudios Mayas. México 1981.

Ruz, Mario Humberto.
Los Legítimos Hombres. Aproximación antropológica al grupo tojolabal. Volumen II. UNAM. Centro de Estudios Mayas. México 1982.

Sánchez, P.H; Ochoa Díaz-López, H; Miranda O, R.

"La Situación de Salud en Chiapas: Consideraciones para su Análisis" en *Chiapas. El Regreso de la Utopía*. Universidad Autónoma de Guerrero. Dirección de Investigación Científica. Editorial Comuna. México 1995.

Subcomandante Marcos.

Siete piezas sueltas del rompecabezas mundial. El neoliberalismo como rompecabezas: la inútil unidad mundial que fragmenta y destruye naciones. Talleres de Multiediciones California. México 1997.

Taller de Sistematización y Análisis con *El Consejo de Salud del Municipio Autónomo Tierra y Libertad*. Chiapas 1998.

UNCAFESUR. Beneficio Seco de Café "Solidaridad". Triptico. Chiapas 1990.

Valencia, Guadalupe y Zemelman, H.

La constitución de los sujetos sociales. Una propuesta de análisis. Documento de trabajo.

Villoro, Luis.

"Filosofía para un fin de época" en revista *Nexos*. No. 185. Mayo 1993.

Wallerstein, Immanuel.

"1968. revolución en el sistema-mundo. Tesis e interrogantes" en *El Juicio al Sujeto. Un análisis global de los movimientos sociales*. Ed. Flacso-Portua. México 1990.

Zemelman, Hugo.

Uso crítico de la teoría I. En torno a las funciones analíticas de la totalidad. El Colegio de México. Universidad de las Naciones Unidas. México 1987.

Zemelman, Hugo.

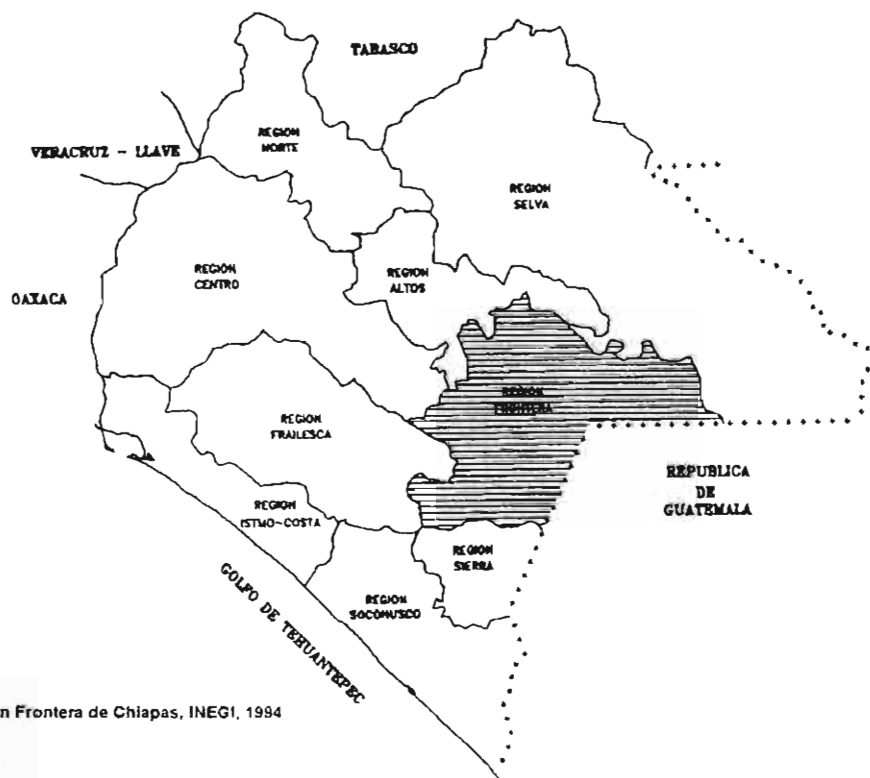
De la historia a la política. La experiencia de América Latina. Ed. Siglo XXI. México 1989.

Zemelman, Hugo.

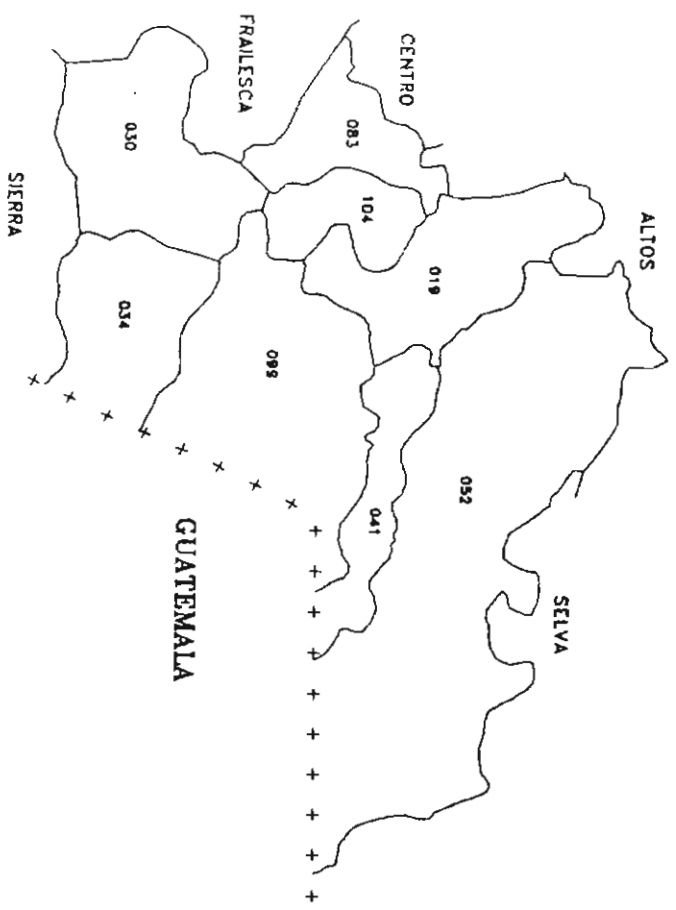
Problemas antropológicos y utópicos del conocimiento. El Colegio de México. Centro de Estudios Sociológicos. 1996.

ANEXOS

DIVISION REGIONAL DE CHIAPAS, 1990



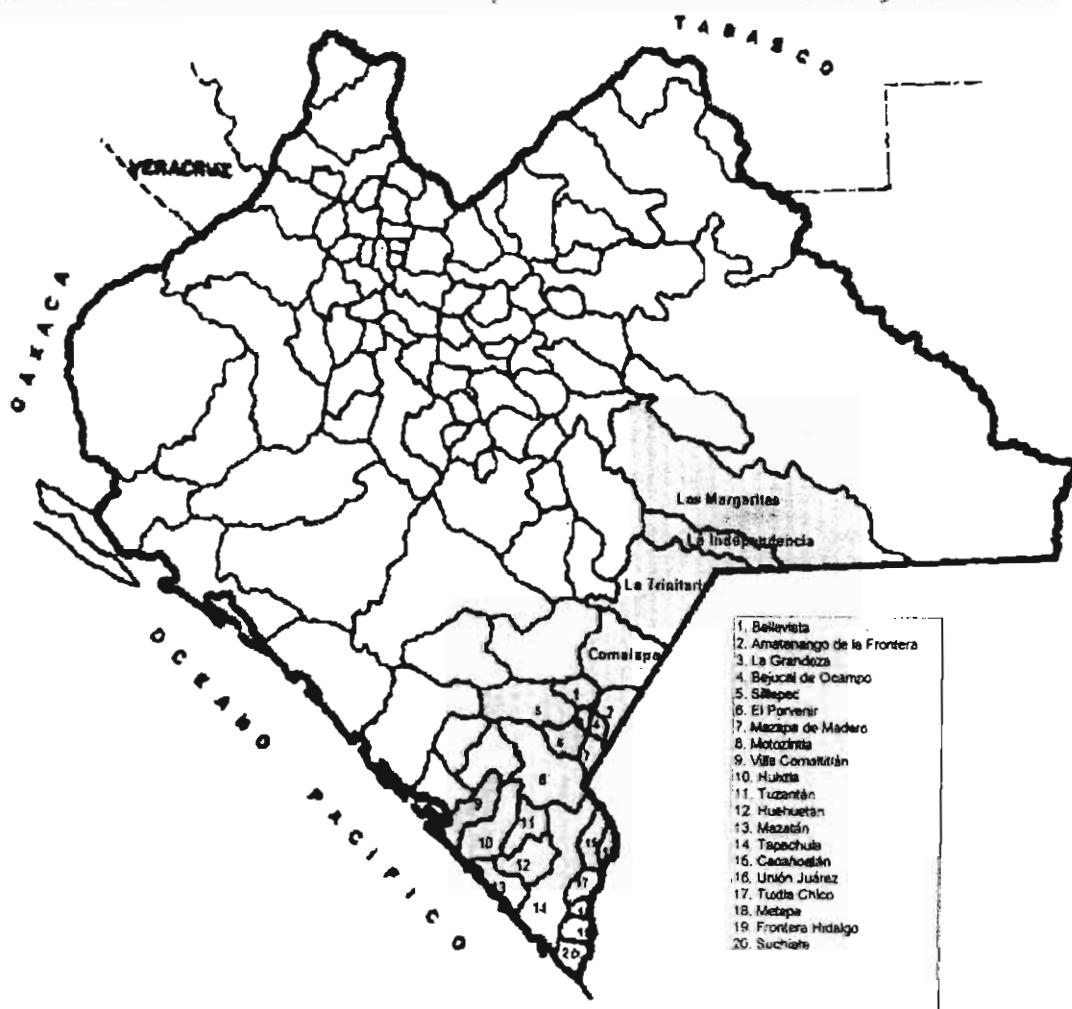
: Región Frontera de Chiapas, INEGI, 1994



CLAVE MUNICIPIO

019	COMITAN DE DOMINGUEZ
030	CHICOMUSELO
034	FRONTERA COMALAPA
041	INDEPENDENCIA, LA
052	MARGARITAS, LAS
083	SOCOLTENANGO
099	TRINITARIA, LA
104	TZIMOL

Área de Influencia del Municipio Autónomo Tierra y Libertad



Elaboración propia a partir de diversas entrevistas.

MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN MIL NACIDOS VIVOS.

ENTIDAD FEDERATIVA	MORTALIDAD INFANTIL
Chiapas.	44.4
D.F.	20.7
Nuevo León.	14.3
República Mexicana.	28.3

Fuente. Análisis de cifras oficiales de la Secretaría de Salud y del INEGI 1995.
Información elaborada por Funsalud.

NUMERO DE MUNICIPIOS DE CHIAPAS SEGÚN PROPORCIÓN DE POBLACIÓN INDÍGENA Y SEGÚN GRADO DE MARGINACIÓN.

PROPORCIÓN DE INDÍGENAS.	NUMERO DE MUNICIPIOS.	GRADO DE MARGINACIÓN.	NUMERO DE MUNICIPIOS.
Menos de 40 %	74	Baja.	5
De 40 % a 70 %	12	Medía.	12
Más de 40 %	25	Alta.	56
		Muy alta.	38

Fuente. Análisis de cifras oficiales de la Secretaría de Salud y del INEGI 1995.
Información elaborada por Funsalud.

MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN MIL NACIDOS VIVOS AL INTERIOR DEL ESTADO DE CHIAPAS.

PROPORCIÓN DE INDÍGENAS.	MORTALIDAD INFANTIL.
Menos de 40 %	39.8
De 40 % a 70 %	47.1
Más de 70 %	53.8

Fuente. Análisis de cifras oficiales de la Secretaría de Salud y del INEGI 1995.
Información elaborada por Funsalud.

GRADO DE MARGINACIÓN	MORTALIDAD INFANTIL
Baja.	33.9
Medía	37.7
Alta	44.6
Muy alta.	51.1

Fuente. Análisis de cifras oficiales de la Secretaría de Salud y del INEGI 1995.
Información elaborada por Funsalud.

GRADO DE MARGINACIÓN POR MUNICIPIO DE LA REGIÓN FRONTERIZA.

MUNICIPIO	MARGINALIDAD	INDICE
Chicomuselo	Alta	0.917
Socoltenango	Alta	0.853
Tzimol	Alta	0.839
Independencia	Alta	0.836
Trinitaria	Alta	0.818
Frontera Comalapa	Alta	0.389
Comitán de Domínguez	Media	0.295
Margaritas	Muy alta	1.482

Fuente. Programa de Desarrollo de la Región fronteriza, Chis., 1995-2000. COPLADE.

COMPORTAMIENTO DE LA TASA MEDIA ANUAL DE CRECIMIENTO.

MUNICIPIO	1980-1990 (%)	1990-1995 (%)
Chicomuselo	3.70	1.29
Comitán de Domínguez	3.72	3.82
Frontera Comalapa	5.09	2.49
Independencia	4.39	2.78
Trinitaria	5.09	0.28
Margaritas	7.39	0.16
Socoltenango	3.80	3.98
Tzimol	4.62	2.00
TMAC Regional	5.04	1.85

Fuente. INEGI. Censo General de Población y Vivienda. Años 1980 y 1990. Censo de Población y Vivienda 1995. COPLADE.

PROPORCIÓN DE POBLACIÓN DE 5 AÑOS Y MÁS MONOLINGÜE POR MUNICIPIO, 1990.

MUNICIPIO DE LA REGION FRONTERIZA.	PORCENTAJE DE POBLACION MONOLINGÜE.
La Trinitaria.	24.8 %
Las Margaritas.	23.5 %
Chicomuselo.	12.5 %
Comitán de Domínguez	10.8 %
La Independencia.	5.5 %
Socoltenango.	5.5 %
Frontera Comalapa.	2.0 %
Tzímol.	1.6 %

Fuente. INEGI, XI Censo General de Población y Vivienda, 1990.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 5 AÑOS Y MÁS QUE HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA SEGÚN TIPO DE LENGUA, 1990.

LENGUAS EN LA REGION FRONTERIZA.	ABSOLUTO	RELATIVO
Tojolabal.	30044	57.5 %
Kanjobal	10063	19.2 %
Tzotzil	3492	6.7 %
Tzeltal	3333	6.4 %
Otras lenguas	3954	5.8 %
No especificado.	2290	4.4 %

Fuente. INEGI, XI Censo General de Población y Vivienda, 1990.

PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS ANALFABETA POR MUNICIPIO DE LA REGIÓN FRONTERIZA, 1990.

MUNICIPIO	1970	1980	1990
Comitán.	32.6	26.5	22.9
Chicomuselo	42.1	40.3	30.9
Frontera Comalapa.	26.5	23.7	18.7
Independencia, La	28.4	29.3	25.3
Margaritas, Las	62.5	57.0	45.8
Socoltenango	44.2	53.4	40.6
Trinitaria, La	35.0	30.7	28.3
Tzimol	45.7	44.7	37.8

Fuente. Censos Generales de Población y Vivienda, 1970-1990, INEGI.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS SIN INSTRUCCIÓN POR MUNICIPIO, 1990.

MUNICIPIO	POBLACIÓN SIN INSTRUCCIÓN
Comitán de Domínguez	22.1
Chicomuselo	28.5
Frontera Comalapa.	20.2
Independencia, La	24.9
Margaritas, Las	44.3
Socoltenango.	30.7
Trinitaria, La	26.4
Tzimol.	38.6

Fuente INEGI, XI Censo General de Población y Vivienda, 1990.

PROPORCIÓN DE LAS VIVIENDAS PARTICULARES POR MUNICIPIO SEGÚN
NÚMERO DE CUARTOS, 1990.

MUNICIPIO	1 CUARTO	2 CUARTOS	3 CUARTOS	N.E.
Comitán.	7.8	26.1	65.2	0.9
Chicomuselo	16.0	40.4	42.6	1.0
F. Comalapa	18.1	40.2	41.3	0.5
Independencia	19.5	42.2	35.7	2.6
Margaritas	23.6	40.6	34.5	1.3
Socoltenango	16.7	45.7	37.1	0.5
Trinitaria	18.0	41.0	38.3	2.7
Tzimol	7.9	35.0	56.6	0.5

Fuente. INEGI, XI Censo General de Población y Vivienda, 1990.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS VIVIENDAS PARTICULARES POR
MUNICIPIO SEGÚN MATERIAL PREDOMINANTE EN PISOS, 1990.

MUNICIPIO	TIERRA	CEMENTO O FIRME	MOSAICO, MADERA, ETC.	N.E.
Comitán	36.5	40.0	23.1	0.4
Chicomuselo	54.7	41.6	3.3	0.4
F. Comalapa	50.8	45.4	3.5	0.3
Independencia	57.9	40.2	1.6	0.3
Margaritas	77.2	19.6	2.5	0.7
Socoltenango	49.6	46.2	3.9	0.4
Trinitaria	67.6	29.2	2.6	0.6
Tzimol	49.1	48.2	2.4	0.3

Fuente. INEGI, XI Censo General de Población y Vivienda, 1990.

PROPORCIÓN DE LAS VIVIENDAS PARTICULARES POR MUNICIPIO SEGÚN
DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS, 1990.

MUNICIPIO	AGUA ENTUBADA	DRENAJE	ELECTRICIDAD
Comitán	66.5	47.4	83.0
Chicomuselo	53.8	17.0	80.6
F. Comalapa	62.3	24.8	76.3
Independencia	36.0	2.0	75.2
Margaritas	26.6	9.4	32.9
Socoltenango	59.7	35.0	73.7
Trinitaria	28.0	8.2	69.0
Tzimol	46.6	17.6	81.8

Fuente: INEGI, XI Censo General de Población y Vivienda, 1990.

ÍNDICE DE MORBILIDAD EN LA REGIÓN FRONTERIZA, 1989.

DIAGNOSTICOS	NÚMERO DE CASOS	TASA
Infecciones respiratorias agudas	26 186	1157.48
Enteritis, otras enfermed. diarreicas	9 920	438.48
Amibiasis	8 062	356.36
Parasitosis, todas formas	2 252	99.54
Escabiasis	2 248	99.37
Paludismo	2 048	90.53
Micosis	1 226	54.19
Angina estreptocócica	852	37.66
Salmonelosis	801	35.41
Neumonías y bronconeumonías	483	21.35
Demás causas	1 804	79.74
TOTAL	55 882	2470.11

Fuente: Información de la S.S.A. Tasa por 10 000 habitantes.

PRINCIPAL MORBILIDAD REGISTRADA EN LA COMUNIDAD DE GUADALUPE TEPEYAC, MPIO DE LAS MARGARITAS, 1988.

DIAGNOSTICOS	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Helmintiasis	10	17.2 %
Abcesos y piodermias	9	15.5 %
Amibiasis	7	12.06 %
Otitis media aguda	6	10.3 %
Faringitis	6	10.3 %
Disenteria bacilar	5	8.6 %
Micosis	5	8.6 %
Bronquitis	4	6.8 %
Fibroalgias	2	3.4 %
Osteoartrosis	2	3.4 %
Pediculosis	1	1.7 %
Tuberculosis	1	1.7 %
TOTAL	58	100.0 %

Fuente. Patología reportada por el promotor de salud de Guadalupe Tepeyac, del municipio de Las Margaritas, correspondiente a febrero de 1988

PRINCIPAL MORBILIDAD REGISTRADA EN LA CABECERA MUNICIPAL DE LAS MARGARITAS, 1988.

DIAGNÓSTICOS	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Amibiasis	54	19.2 %
Rinofaringitis	48	17.0 %
Helmintiasis	27	9.6 %
Enfermedad ácido péptica	23	8.1 %
Escabiasis	12	4.2 %
Mialgias	11	3.9 %
Piodermias	10	3.5 %
Vulvovaginitis	9	3.2 %
Gastroenteritis infecciosa	8	2.8 %
Osteoartrosis	8	2.8 %
Patología no bien definida	71	25.2 %
TOTAL	281	100.0 %

Fuente. Información del libro de control de pacientes del Dispensario Médico Comunitario en Las Margaritas, de enero a marzo de 1988.

INFORMACIÓN RECOLECTADA POR LOS PROMOTORES DE SALUD DE UNA REGION DEL MUNICIPIO AUTONOMO "TIERRA Y LIBERTAD".

TOTAL DE COMUNIDADES	37
TOTAL DE FAMILIAS	1900
TOTAL DE HABITANTES	12311

NUMERO DE COMUNIDADES SEGUN IDIOMA				
TOJOLABAL	TZOTZIL	TZELTAL	ESPAÑOL	OTRO
4	8	5	25	1

NUMERO DE COMUNIDADES SEGUN MODO DE LLEGAR				
PIE	CARRO	RIO	AVIONETA	OTRO
17	21	0	0	0

NUMERO DE COMUNIDADES SEGUN LOS SERVICIOS SIGUIENTES		
	SI	NO
AGUA ENTUBADA	16	21
LETRINAS	32	1
LUZ ELECTRICA	25	12

Fuente. Taller de Sistematización y Análisis con el Consejo de Salud del Municipio Autónomo "Tierra y Libertad", 1998.

ATENCIÓN PRESTADA POR LOS PROMOTORES DE "CULTURA MAYA" Y
"TOJTZOTZE LI MAYA", 1997.

TIPO DE CAUSA	TOTAL	PORCENTAJE
Falta de agua potable y letrinas adecuadas	763	17.78 %
Falta de vivienda y ropa adecuada	751	17.50 %
Patología relacionada con el proceso de trabajo	673	15.69 %
Falta de agua y útiles de aseo	583	13.58 %
Patología por alimentación insuficiente	174	4.05 %
Falta de servicios públicos	114	3.35 %
Patología relacionada con la guerra	54	1.25 %
Falta de vacunas	53	1.23 %
Patología por el lugar de la mujer en la sociedad	26	0.60 %

Fuente. Taller de Sistematización y Análisis con el Consejo de Salud del Municipio Autónomo "Tierra y Libertad", 1998.

NÚMERO DE COMUNIDADES EN LAS QUE HAN OCURRIDO MUERTES POR
CAUSA ESPECÍFICA Y A GRUPOS ESPECÍFICOS EN UNA REGIÓN DEL
MUNICIPIO AUTÓNOMO DE "TIERRA Y LIBERTAD".

CAUSA O GRUPO ESPECÍFICO	SI	NO	CUANTO	%
Muertes por embarazo o parto.	3	37	6	3.70
Muertes en recién nacidos.	17	21	65	40.12
Muertes en menores de un año.	19	21	67	41.35
Muertes por envenenamiento.	6	35	6	3.7
Muertes por violencia.	3	36	7	4.3
Muertes por cólera.	5	34	11	6.7
Muertes en total			162	100.0

Fuente. Taller de Sistematización y análisis con el Consejo de Salud del Municipio Autónomo "Tierra y Libertad", 1998

NUMERO DE COMUNIDADES VACUNADAS Y AGENTES QUE LLEVAN A CABO LA VACUNACION EN UNA REGION DEL MUNICIPIO AUTONOMO "TIERRA Y LIBERTAD"

VACUNACION	NUMERO DE COMUNIDADES
SI hay vacunación	27
NO hay vacunación.	13

QUIEN VACUNA	NUMERO DE COMUNIDADES
Promotores de salud.	20
IMSS-Solidaridad.	6
Secretaría de Salud.	2
Centro de Asistencia Social (CAS)	0
Ejército federal.	0
Otros.	0

Fuente. Taller de Sistematización y Análisis con el Consejo de Salud del Municipio Autónomo "Tierra y Libertad", 1998.

ATENCION PRESTADA POR LA CLINICA DE POZA RICA, 1997.

TIPO DE CAUSA	TOTAL	PORCENTAJE
Por mal saneamiento	2765	55.90 %
Cambios climáticos y mala vivienda	1106	22.36 %
Accidentes y violencias	306	6.19 %
Enfermedades emocionales	213	4.31 %
Enfermedades degenerativas	147	2.97 %
Avitaminosis	108	2.18 %
Prevenibles por vacunación	105	2.12 %
Enfermedades de transmisión sexual	104	2.10 %
Trastornos ginecológicos	66	1.33 %
Problemas dentales	21	0.42 %
Discapacidades	5	0.10 %
TOTAL DE PADECIMIENTOS		

Fuente. Taller de Sistematización a Analisis con el Consejo de Salud del Municipio Autónomo "Tierra y Libertad", 1998.

INFRAESTRUCTURA PARA LA ATENCION A LA SALUD EN LA REGION FRONTERIZA (abarca los municipios de Comitán, La Independencia, La Trinitaria, Las Margaritas, Chicomuselo, Frontera Comalapa, Socoltenango y Tzimol).

REGIMEN	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACION GENERAL	TOTAL
IMSS	2		2
ISSSTE	5	1	6
ISSTECH	1		1
SDN	2		2
IMSS-Solidaridad	77	1	78
SSA.	24	1	25
DIF	1		
TOTAL	112	3	115

Fuente. INEGI. Anuario Estadístico del Estado de Chiapas. 1995. COPLADE.

INFRAESTRUCTURA DE ATENCION A LA SALUD EN UNA REGION DEL MUNICIPIO AUTONOMO "TIERRA Y LIBERTAD".

COMUNIDADES CON CLINICA	13
COMUNIDADES SIN CLINICA	24

PERTENENCIA DE LA CLINICA	NUMERO DE CLINICAS
IMSS-Solidaridad.	8
Secretaria de Salud.	2
Centro de Asistencia Social (CAS).	1
PROSECO (ONG creada básicamente para asistencia a refugiados)	1
CCESC (ONG creada básicamente para asistencia a refugiados guatemaltecos)	1

COMUNIDADES CON CASA DE SALUD	17
COMUNIDADES SIN CASA DE SALUD	21

Fuente. Taller de Sistematización y Análisis con el Consejo de Salud del Municipio Autónomo "Tierra y Libertad". 1998.

RECURSOS PARA LA ATENCION A LA SALUD EN LOS QUE CHIAPAS
FIGURA EN ULTIMO LUGAR DE MEXICO.

INDICADOR	CHIAPAS	NACIONAL	ESTADO EN MEJOR SITUACION
No. de médicos	55.8	101.7	D.F (237.1)
No. de odontólogos	3.2	5.8	D.F (14.9)
No. de enfermeras	91.3	175.0	D.F (451.8)
No. de trabajadores de salud	246.8	501.3	D.F (1367)
No. de camas censables	32.9	82.2	D.F (202.7)
No. de quirófanos	1.2	2.7	B.C.Sur (6.8)
No. de consultas generales	750	1251.9	B.C.Sur (2036.1)
No. de consultas odontológicas	55	110	Tabasco (238.8)
No. de estudios de laboratorio	492	1450.4	D.F (4775.5)
No. de estudios de rayos x	51.2	160.6	D.F (445.8)
No. de nacimientos atendidos por 1000 mujeres en edad fértil.	41.4	63.4	Agscal (96.7)

Fuente. Sistema nacional de Salud Recursos y Servicios. Boletín de Información Estadística, No. 13, SSA, México, 1993.

RECURSOS PARA LA ATENCION A LA SALUD POR HABITANTE AL
INTERIOR DE CHIAPAS

PROPORCION DE POB. INDÍGENA	UNA CAMA POR...	UN MEDICO POR..	ENFERMERA POR
Menos de 40 %	2100.64	1036.87	798.58
De 40 % a 70 %	3385.39	1526.29	1048.96
Más de 70 %	18933.53	3245.75	3484.70

GRADO DE MARGINACION	UNA CAMA POR..	UN MÉDICO POR..	ENFERMERA POR
Baja	1010.07	557.26	437.82
Media	2065.93	1189.06	838.68
Alta	5302.98	1968.77	1481.01
Muy alta	11912.23	2463.52	2203.90

Fuente. Datos de Funsalud según análisis de cifras oficiales de la Secretaría de Salud y El INEGI, 1995

PARTICIPACION SOCIAL EN LA PRODUCCION DE CAFÉ EN CHIAPAS

SECTOR	PRODUCTORES		SUPERFICIE		PRODUCCION
Social	70 563	98.0 %	165 859	77.3 %	74.8 %
Empresarial	1 458	2.0 %	48 611	22.7 %	25.2 %
TOTAL	72 021	100.0 %	214 470	100.0 %	100.0

Fuente. Unidad cafetalera, agosto 1990

TIPO DE PRODUCTOR	TAMAÑO PREDIO CON CAFÉ	PRODUCTORES		SUPERFICIE HA.	
		NUMERO	%	TOTAL	PROM
Pequeño	Hasta 2 ha.	44 889	62.3	60 274	1.34
Pequeño	De 2.01 a 5 ha.	21 070	29.3	70 309	3.34
Mediano	De 5.01 a 10 ha.	4 604	6.4	35 276	7.66
Grande	Más de 10 ha.	1 458	2.0	48 611	33.34
TOTAL		72 021	100.0	214 470	2.98

Fuente. Unidad cafetalera, agosto 1990.

GRADO DE MARGINACION EN CHIAPAS.

ZONAS	GRADO DE MARGINACION	INDICE DE MARGIN.
1. Chiapas San Cristóbal. (Altos - Selva)	Muy Alta	6.88
2. Chiapas Noroeste.	Muy Alta	2.88
3. Chiapas Palenque	Muy Alta	7.73
4. Chiapas Frontera Comalapa (Sierra Madre)	Muy Alta	7.88
5. Chiapas Costa (Soconusco)	Alta	- 1.94
Total zonas marginadas en el Estado de Chiapas	Muy Alta	19.9
Promedio Nacional	Media	- 3.6

Fuente. Coplamar, 1982.

SUPERFICIE, VOLUMEN RENDIMIENTO Y VALOR DE LA PRODUCCIÓN DE CAFÉ SEGÚN REGIÓN, 1988. CHIAPAS.

REGIÓN	NUMERO PRODUCTOR.	SUPERFICIE CULTIV. HA.	PRODUCC. EN Qq.	RENDIMIEN. POR HA./Qq	VALOR DE LA PRODUCCION M DE PESOS
I. Centro	2 113	6 640	73 259	11	13 726
II. Altos	3 619	6 263	134 017	21	25 107
III. Fronteri.	4 884	11 763	138 792	12	26 002
IV. Frailesca	1 487	13 177	349 596	27	65 494
V Norte	7 613	19 750	219 170	11	41 063
VI Selva	12 823	24 204	265 108	11	49 669
VII Sierra	5 392	26 200	325 822	12	61 043
VIII Soconus	9 783	59 708	855 468	14	160 266
IX. Istmo-Costa	168	434	3 038	7	569
TOTALES	47 884	168 139	2 364 270	14	442 939

Fuente. Importancia Socioeconómica del Sector Cafetalero en el Estado de Chiapas.
Investigación de Márquez R, Conrado y Luna L, Jorge. 1990

ACERCA DE LAS POLÍTICAS DE SALUD DEL ESTADO MEXICANO.

La atención a la salud en México.

En los capítulos anteriores ya nos hemos referido a los motivos que llevaron a la formación de campesinos como promotores de salud, lo que implica ser un promotor o promotora de salud, cómo fue el proceso de conformación de las organizaciones populares de salud en Las Margaritas, así como la conformación de su consejo en lo que se conoce como el Municipio Autónomo Tierra y Libertad; esto último, en el contexto de la aparición del EZLN y la emergencia de los pueblos indígenas en la vida estatal y nacional.

Es necesario sin embargo referirnos ahora, aunque sea brevemente, a las instituciones y políticas de salud del Estado Mexicano como el otro gran actor que no es posible soslayar, y al que no pueden ignorar ni sustraerse las organizaciones populares de salud en Chiapas, ni en el resto del país.

Al respecto, habrá que comenzar aludiendo al concepto de caridad cristiana hegemónico en la Colonia y la idea liberal de beneficencia que predominó después en la época Independiente y hasta el porfiriato, cuya expresión filantrópica dio lugar a asilos, orfanatos y hospitales. Con el movimiento revolucionario de 1910 como acontecimiento central, si bien las organizaciones e instituciones de beneficencia se conservaron, el paso del tiempo habría de traer cambios que modificarían dicho concepto de beneficencia el cual no implicaba en modo alguno responsabilidad estatal. Es importante mencionar que ya desde la Constitución de 1917, en su artículo 4o, se asentaba el derecho a la salud de todos los ciudadanos como una más de las garantías individuales, aunque es hasta la década de los 30, cuando surge la idea de la asistencia social como una función obligatoria del Estado y se formula el derecho a la salud, como un derecho de todos los individuos gestándose al mismo tiempo la idea de la seguridad social (López, A. Daniel; 1982; p. 101-102) (Eibenschutz, C; p. 11)

Es durante el período de gobierno del Gral. Lázaro Cárdenas, que se inicia una política de atención a la salud en el medio rural a través del servicio social obligatorio de los pasantes de medicina y los servicios médicos sanitario-ejidales, que en 1941 pasan a ser los Servicios Rurales Cooperativos. Es también en ese tiempo cuando se inician acciones para la integración de los pueblos indígenas, lo que incluía la prestación de servicios médicos (López, A. Daniel; 1982, Pp. 102-103). Producto de esa nueva perspectiva es que se crea en 1943 la Secretaría de Salubridad y Asistencia cuyas acciones en el ámbito nacional, eran primordialmente de saneamiento y en segundo lugar de asistencia médica, todavía al arbitrio de la beneficencia pública y privada. Por otro lado en esos años, es cuando tiene lugar la emergencia de la clase obrera como producto de la creciente industrialización, concebida entonces como eje del desarrollo nacional. Sus demandas de mejores condiciones de vida y trabajo coincidieron con la política por parte del Estado de protección al capital, lo que propició la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) también en 1943, que con la aportación federal, patronal y los mismos obreros, proporcionaría servicios médicos integrales al sector más productivo del país. Era necesario entonces en esa perspectiva, mantener en buenas condiciones al motor del modelo económico vigente (Op cit. 103).

Más adelante y con el mismo modelo, el crecimiento de la burocracia estatal y sus demandas asistenciales llevaron al nacimiento del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), creándose posteriormente también con el concepto de seguridad social, los servicios de salud de empresas descentralizadas como PEMEX, Ferrocarriles Nacionales, Comisión Federal de Electricidad, y de dependencias estatales selectivas como la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina (Op cit; p. 103)

Pero debe hacerse explícito que dicha política no fue para todas las clases sociales. Así aunque el campo contribuyó importantemente al crecimiento industrial con materias primas, bienes-salario, mano de obra para la industria y productos de exportación que generaron ingresos (León L. Arturo; 1990; p. 18-19), lo cierto es que la atención a la salud de las masas campesinas no fue prioritaria, quedando para ésta los servicios a población abierta de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), a través de los Servicios Coordinados de Salud en los Estados (antes Servicios Rurales por Cooperación). En realidad la seguridad social en el campo, comenzó a pasos muy lentos hacia fines de los años 50 con la cobertura a algunos de los sectores campesinos más organizados y más relevantes para la producción nacional, como los cañeros y azucareros. Para 1973 se echa a andar el programa de solidaridad social del IMSS-Conasupo que tuvo sin embargo alcances muy cortos y más tarde, a fines de la década de los 70, se transforma en el IMSS-Coplamar que pretendía proporcionar atención médica a núcleos indígenas y marginados del campo y la ciudad. (López A, Daniel; 1982; p. 103-104).

Para 1976 de los 62 millones de habitantes que tenía el país en ese tiempo, el 35 % es decir una tercera parte, estaba cubierta por algún régimen de seguridad social: el resto de la población casi las dos terceras partes con más de 40 millones, debería ser atendido por la Secretaría de Salubridad y Asistencia que concentraba mucho menos presupuesto y por lo tanto menos recursos materiales y humanos que el IMSS (Op cit; p. 104). En la misma década con una población derechohabiente más reducida, la institución citada tenía del 25 % al 38 % de los recursos económicos, el ISSSTE por su parte contaba con el 11.5% al 15.4 %, mientras que la SSA concentraba sólo del 5.6 % al 6.7 % del gasto en el sector desarrollo social (Op cit; p. 174).

En la concepción de la construcción del desarrollo nacional vigente en ese tiempo, el Estado Mexicano dirigía sus esfuerzos a la atención de los sectores más productivos del país, reforzando y asegurando los recursos de las instituciones encargadas de atenderlos. Por el contrario se iban estrechando los recursos para la atención de todos aquellos sectores no prioritarios o marginales de la sociedad: campesinos, subempleados y desempleados, los cuales deberían ser atendidos por los servicios a población abierta de la SSA como ya fue mencionado.

Para fines de la década de los 60, al entrar en crisis el modelo de desarrollo económico y al calor de las luchas sociales de aquellos años, entró también en cuestión la legitimidad del Estado revolucionario y su modelo "populista" de ciertas concesiones a las masas. En adelante los gobiernos posteriores, como en el resto de los países del capitalismo periférico, enfrentarían la crisis a través de la importación de capital vía la inversión extranjera, el endeudamiento externo y la expansión del gasto público (López, A. Oliva; 1993, p. 16). En ese contexto la ampliación de la cobertura de los servicios de

salud, fue uno de los medios para ganar parte del consenso perdido y mediatizar demandas populares, proliferando los modelos de atención a la salud de bajo costo: casas de salud y médicos comunitarios en el periodo del Lic. Echeverría; auxiliares de salud, Programa de Extensión de Cobertura y Programa de Salud Rural (PEC y PSR); Centros Comunitarios y el Convenio IMSS-COPLAMAR en el del Lic. López Portillo; atención primaria con De la Madrid. Contando además a partir de 1978 con el respaldo normativo de la Declaración de Alma Ata nacida de la Conferencia Mundial de la OMS. (Eibenschutz, Catalina; Pp. 12-13).

A fines de la década de los 70 según el diagnóstico del Estado mexicano, los servicios de salud constituían un mosaico institucional con duplicaciones, insuficiencias y contradicciones que fueron interpretadas como manifestaciones de ineficiencia e irracionalidad. "Los intentos de coordinación de las diferentes instituciones como propósito explícito de la política sanitaria de ese momento, no consiguieron avanzar, por tal motivo a partir del sexenio 82-88 se crea el llamado Sistema Nacional de Salud que se desarrolla en el marco de la crisis económica del país". (Op cit, p 12-13).

Las medidas que fueron adoptadas en los años 80 para enfrentar la crisis por parte de una economía dependiente como la mexicana, no lograron sin embargo evitar el deterioro de esa década. Dicho periodo se distinguió por una enorme deuda externa, incrementada por el alza en las tasas de interés internacionales y por la puesta en marcha de programas gubernamentales de austeridad interna (López A, Oliva; 1993; p.16) La presión ejercida por la banca transnacional para la profundización de las medidas recesivas adoptadas, con prioridad al pago de la deuda como compromiso, fueron configurando "un proyecto económico y político de clase, de corte neoliberal, caracterizado por una fuerte concentración del ingreso, una apertura al capital extranjero y el desmantelamiento del llamado Estado de bienestar" (Op cit, 16)

De ese modo en el marco de la reestructuración del mundo capitalista y del nacimiento del nuevo liberalismo, el modelo económico que se implantará con el gobierno de Miguel de La Madrid dará inicio a una profunda transformación del Estado mexicano. Dicho Estado abandonará progresivamente el proyecto de un desarrollo nacional, caracterizado desde entonces por su cada vez menor intervención en la economía regulada ahora por las leyes del mercado, y por su mayor dependencia de agencias extranjeras como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) con la consiguiente pérdida de soberanía. En esa lógica el desmantelamiento de una parte de la industria nacional con la desincorporación de empresas paraestatales, el gradual abandono de la inversión y apoyo al campo, así como la apertura de las fronteras a la libre importación de productos, generarán una situación de desempleo y por lo tanto de mayor empobrecimiento y estratificación de la población del campo y la ciudad (Eibenschutz, Catalina; p. 13-14).

Pero el Estado se retirará gradualmente no sólo de la producción de bienes sino también de servicios, a consecuencia del recorte en el gasto social por la política recesiva. Recortes al gasto en vivienda, educación, salud, etc. que vistos desde esa perspectiva como una de las causas de la crisis y por lo tanto como una carga fiscal, harán más difícil la vida de muchos hogares. Así durante el periodo de 1982-1987, hay una disminución real del 2.6% al 1.7% de la participación del gasto en salud y seguridad social en el Producto Interno Bruto, mientras que el presupuesto sectorial destinado a

financiar los sistemas de atención a población abierta pasa de 21.6% a 17.5 % en ese periodo. Esto sucede a pesar de los objetivos de ampliación de cobertura y homogeneización en la calidad de los servicios del Sistema Nacional de Salud, y no obstante el discurso de la construcción de una "sociedad más igualitaria", situación que hace cada vez más clara la contradicción entre los objetivos económicos y los de legitimación política del Estado. (Blanco G, José y López, A, Oliva, p. 35).

La integración de un Sistema Nacional de Salud se constituyó así en el eje de la política sanitaria de los 80, misma que tuvo como propósito ampliar la cobertura de los servicios garantizando un mínimo de calidad y pretendiendo lograr una mejora en el nivel de salud de la población, sobre todo de los grupos marginados (López A, Oliva; 1993; p. 42). La descentralización como su estrategia básica, hacía explícita su intención de abaratar costos y racionalizar el gasto en salud, a través de la distribución de las responsabilidades en el financiamiento entre los tres niveles de gobierno: el federal, estatal y municipal (Op cit; p. 42-43). Las bases jurídicas para el traslado de competencias en la operación, decisión y recursos a los estados, en el marco de los sistemas estatales y locales de salud, fueron sustentadas a partir de la reforma al artículo 4o. Constitucional que eleva a garantía social el derecho a la protección a la salud y establece, la "conurrencia en materia de salubridad general entre la federación y las entidades federativas". (Op cit; p. 43-44).

En realidad la integración de los servicios en un sistema único sólo se ejecutó en algunos estados y tuvo en general escaso avance, abarcando sólo los servicios a población abierta de la SSA y de IMSS-Coplamar, sin comprender a los institutos de seguridad social que sin embargo, también se vieron afectados por el recorte en su presupuesto. La descentralización como estrategia impuesta desde el centro, en realidad significó el traslado del costo de los servicios a los estados, que afectados de manera diferencial en función de sus propios recursos e infraestructura, no tuvieron la capacidad técnica ni financiera para asumir de manera integrada las acciones de cada programa (Op cit; Pp. 42-54).

Así la reducción del gasto en salud, afectó principalmente a los programas preventivos como el de control de paludismo, tuberculosis y lepra, y a los programas de promoción de la salud, pero también a la atención curativa. Paradójicamente el aumento en el número de servicios ofrecidos en la estrategia de extensión de cobertura, por ejemplo en consulta externa, que creció de 82.3 % a 111.9% ante la insuficiencia de medicamentos, material de curación, de laboratorio, equipos, instrumental, etc., se explicó no por una mayor productividad sino por la intensificación del ritmo de trabajo para el personal de salud, con la consiguiente disminución en la calidad de los servicios. (Eibenschutz, C; Pp.23-24). Por su parte, las instituciones de seguridad social también vieron disminuir los recursos provenientes de la federación, tanto como las aportaciones obrero-patronales. En el primer caso por el recorte del gasto en salud y en el segundo por el desempleo y por el peso que representa en las aportaciones la baja de los salarios, de modo que los servicios del IMSS y el ISSSTE anteriormente los mejores, también se deterioraron. Con ello el Estado pretendió liberarse de su responsabilidad y traspasarla básicamente al sector patronal, preparando a la vez el terreno para la privatización en las instituciones de seguridad social y del sector salud en general como otro de los ejes de la política neoliberal (López A, Oliva; 1993, Pp. 54-55, 63).

El deterioro de las instituciones públicas de salud con el descontento de los usuarios, generó la corriente de opinión acerca de la ineficiencia e ineficacia de los servicios, haciendo aparecer como mejor opción la intervención del libre juego de las fuerzas del mercado en ese terreno. Como señala Arellano “el deterioro de la calidad de la atención hospitalaria brindada por el sector público, acelerado por la reducción de financiamiento para el sector salud en general y más específicamente por el decremento en las proporciones destinadas a hospitalización general y de alta especialidad, ha jugado un papel importante en hacer socialmente aceptable la privatización de los servicios de salud” (Op cit; p. 62). El desfinanciamiento federal a las instituciones de seguridad social, ha favorecido a su vez el crecimiento de los seguros médicos privados como plataforma financiera para la expansión de las instituciones privadas, a pesar de lo cual no se vislumbra un proceso de “desincorporación” de las instituciones públicas de salud, sino el crecimiento paralelo de la iniciativa privada y la subrogación de los servicios más rentables de aquellas (Op cit; p. 64).

Estructurados de ese modo los servicios de atención a la salud, en ellos se expresará la estratificación social, pues el conjunto de la población marginada urbana y rural será atendida a través de servicios masificados y de bajo costo, y que salvo el caso de las instituciones de seguridad social para la población que aún tiene acceso a ellas, no garantizarán sino la atención de primer nivel. En la perspectiva de la oferta y la demanda, para la iniciativa privada queda el desarrollo del segundo nivel con servicios hospitalarios “accesibles” a una parte de las masas que poseen cierto poder de compra, a través de los seguros médicos como plataforma financiera de aquella. A las capas superiores “correspondería la atención especializada en cuya organización se entrecruzan los servicios de la medicina privada, con la alta especialidad de los centros médicos e institutos públicos”, mientras que para la burguesía transnacional queda la opción de la atención médica en el extranjero (Eibenschutz. C; p. 15). Lo anterior como se observa, va configurando un proyecto de desarrollo profundamente desigual basado en la exclusión de millones de mexicanos.

La atención a la salud en la década de los 90.

El modelo de atención antes señalado de la década de los 80 se ha mantenido y profundizado, haciéndose más claro para los años 90, el retiro del Estado del mandato constitucional de otorgar servicios de salud a la población. Dicho retiro no sólo ha consistido en el traspaso de las responsabilidades en el financiamiento a las entidades federativas y municipios; en el Programa Nacional de Salud 1990-1994 aparece además la intención de desplazar el quehacer estatal hacia la población, con el objeto de sumar también esfuerzos financieros. Ello se explicita en la afirmación de “aumentar la contribución que en trabajo y en especie puede otorgar la comunidad” y en la de “establecer en la población comités o brigadas destinados a la remodelación, conservación y mantenimiento de los centros de salud”, lo que no es más que el traslado del costo de los servicios a los usuarios. Como parte de lo mismo, en dicha política se pone a su vez el énfasis sobre el autocuidado, la cultura de la salud y la responsabilidad individual en la generación de enfermedad, con lo cual se culpabiliza a la víctima de las consecuencias de procesos económico sociales y políticos generadores de daño, que caen más allá de la esfera de su actuar cotidiano (López A, Oliva; 1993; p. 66).

Lo anterior ocurre en el contexto del avance del nuevo modelo de acumulación capitalista en el país y en el mundo, y la cada vez mayor dependencia del FMI y BM. Es importante señalar al respecto, que hasta hace algunos años los organismos financieros internacionales solo se ocupaban de la política económica, incursionando recientemente en el diseño de políticas sociales y entre ellas la de la salud, las cuales son impuestas en diverso grado a los países deudores presionados por la necesidad de recursos (Laurell A. Cristina; 1994, p.8).

Según la concepción que tiene la banca transnacional acerca de la salud, esta pertenece al ámbito de lo privado y es un bien privado, sosteniendo en este sentido que "lo que las personas hacen con su vida y la de sus hijos importa mucho más que cualquier cosa que hagan los gobiernos". Dicha concepción otorga un peso importante a los agentes privados en la resolución de los problemas de enfermedad, esto es: la persona y la familia como principales responsables de la salud, y dentro de la familia a la mujer encargada de los cuidados al grupo, particularmente la de los sectores pobres (Laurell; 1994; Pp 13-14). Como señalan Peña y Garduño en su texto citando a Elson, "las mujeres son especialmente valoradas por su habilidad para vislumbrar e implementar estrategias de sobrevivencia para sus familias, usando su trabajo no remunerado para absorber los efectos adversos de las políticas de ajuste estructural". Esa situación que define a la mujer socialmente en función de los otros es profundamente desigual, además de agregar mayor carga de trabajo sobre su espalda con el deterioro de su salud (Peña y Garduño; 1994; p. 63).

Otros agentes que también han sido considerados, son las instituciones y los organismos privados no lucrativos como las llamadas Organizaciones No Gubernamentales (ONGS), a las que se propone encargar algunas de las tareas gubernamentales e incluso apoyarlas financieramente. Por supuesto que como parte de los agentes privados son incluidos de manera importante los servicios que operan con fines de lucro para aquel sector de la población que puede tener acceso a él. Todos ellos en diversa medida descargarían al Estado de su responsabilidad constitucional de proporcionar atención a la salud a la población, tocándole a éste solo aquellos servicios en los cuales los privados no quieren o no pueden intervenir, puesto que no son rentables. (Laurell, A. C; 1994; Pp. 13-14) Según este modo de pensar al Estado le tocan los siguientes:

- ♦ La producción de bienes públicos en sentido restrictivo, es decir aquellos que benefician a todos sin exclusión.
- ♦ Las acciones dirigidas al individuo siempre y cuando impliquen beneficios colectivos más allá del individuo atendido.
- ♦ "Medidas regulatorias y de información para contrarrestar las imperfecciones del mercado"
- ♦ "Aquellas acciones con alto rendimiento de costo-beneficio para aliviar la pobreza crítica". Estas son medidas selectivas y eficientes para aliviar la pobreza extrema puesto que los muy pobres no pueden acceder al mercado y para los privados no es ganancia producirlas. Por lo tanto "resulta un imperativo social mínimo financiarlas con recursos públicos" (Op cit; Pp. 11-12)

De acuerdo a la lógica de menor costo y mayor efectividad, el Banco Mundial propone un paquete básico de intervenciones en salud pública para los pobres:

- Inmunizaciones y suplementación con micronutrientes.
- Programas de salud escolar que incluyen tratamiento colectivo a las helmintiasis, enriquecimiento/suplementación de micronutrientes, enseñanza sanitaria.
- Programas de educación/información como planificación familiar, nutrición, autotratamiento/búsqueda de asistencia, lucha contra vectores, vigilancia de enfermedades.
- Programas para reducir el consumo de tabaco, alcohol y drogas
- Programas de prevención en SIDA así como las ETS (López A, O; 1994; Pp 39-40)

Por su parte los servicios clínicos esenciales se han comprimido también en un paquete básico:

- Servicios para garantizar asistencia prenatal, del parto y el posparto.
- Servicios de planificación familiar de base comunitaria, con énfasis en familias pobres y de zonas rurales.
- Programas contra la tuberculosis que utilicen tratamiento ambulatorio y breve.
- Programas contra las ETS.
- Tratamiento de enfermedades comunes que son graves en los niños (diarreas, infecciones respiratorias agudas, sarampión, paludismo y malnutrición severa).

Pueden incluirse también algunos tratamientos de infecciones y traumas menores y el alivio del dolor, o abarcar protocolos para el tratamiento de la hipertensión, diabetes o cáncer cervicouterino según los recursos disponibles (López A, O; 1994; p. 49-51)

Así los servicios médicos llamados discrecionales (es decir su uso queda a criterio o gusto de cada quien puesto que cada persona hace uso de ellos según su necesidad y son por lo tanto apropiados privadamente) al constituir un ámbito para la acumulación, deben según la concepción ya señalada, quedar en manos de los particulares que operan bajo la lógica del mercado. La dificultad evidente es el acceso limitado de la mayor parte de la población, que sin embargo para algunos sectores con capacidad de compra, puede ser resuelta con la contratación de seguros privados. De acuerdo con ello la banca transnacional facilita y presiona para la introducción de las compañías aseguradoras, al lado de las empresas de servicios médicos, con las que se complementan (Laurell A, C; 1994; p. 14).

En realidad, el Programa de Reforma del Sector Salud presentado en marzo de 1996 ya se echó a andar. Este reproduce los conceptos básicos de la agenda para salud del Banco Mundial: "Invertir en Salud" de 1993, algunos de cuyos aspectos ya fueron citados. En el nuevo modelo que propone la reforma aparecen tres subsistemas: "el de aseguramiento privado, el de seguridad social y el de los sistemas estatales de salud dirigidos a la población pobre o suburbana no asegurable, es decir aquella que no puede pagar un seguro de salud público o privado" (Laurell A, C, 1997, p.89). Los lineamientos del último subsistema consisten, como ya se mencionó, en la descentralización, la participación municipal y la ampliación de la cobertura poblacional a través de un Paquete Básico de Servicios de Salud. La descentralización está destinada a trasladar la responsabilidad de los servicios tanto de la SSA y como del IMSS-

Solidaridad, a las entidades federativas y a los municipios. La meta parece ser, fijar el costo de las Acciones Esenciales como el techo financiero de la transferencia de recursos federales a los estados, pues en el programa de reforma sólo se establece el compromiso de fijar recursos para estas acciones. En el mismo sentido los gobiernos estatales serán los responsables, según su capacidad económica, del financiamiento de los servicios excluidos de aquellos considerados esenciales, lo cual en los hechos significa mas desigualdad y exclusión en la prestación de los servicios a nivel de regiones y de entidades federativas (Op cit; p 91). Una política de salud selectiva como la considerada, deja de asumir a la salud como una necesidad humana básica y a su atención como un satisfactor esencial y por lo tanto como un derecho inalienable, para convertirse en un bien privado sujeto a la capacidad de compra de cada quien (Arellano;1994; p.52).

Las reformas a la seguridad social.

La integralidad del sistema y la amplitud de los beneficios-servicios, han dado a los trabajadores protección económica en los casos de invalidez o edad avanzada con el pago de una pensión; les ha facilitado el acceso a ellos como a sus familias a servicios de salud desde los de tipo preventivo hasta los de alta especialización; les ha proporcionado una compensación económica junto con la atención médica y de rehabilitación, en caso de accidentes o enfermedades del trabajo; ha dispuesto guarderías para los hijos de las trabajadoras; y les ha dado una serie de prestaciones sociales, culturales, recreativas, deportivas y de capacitación; además de que este esquema se había complementado con el Infonavit a fin de facilitar a los trabajadores el derecho a una vivienda (Op cit; p.24). Todos estos seguros habían funcionado bajo el principio de la solidaridad y distribución citados, menos el seguro de retiro aparecido en 1992 (Op cit; p. 24). Sin embargo a partir de 1995, con la reforma a la seguridad social implícita en la nueva Ley del Seguro Social, se abandona la concepción anterior que es substituida por otra cuyos ejes son la individualización, la mercantilización-privatización y la equivalencia entre el pago y los beneficios. Este cambio no solo es evidente en el sistema de pensiones del seguro de retiro, sino que también se detecta en los servicios médicos, riesgos de trabajo, guarderías y otras prestaciones, con lo cual cambian los objetivos del aseguramiento que de ser de bienestar pasan a ser objetivos netamente económicos (Op cit; Pp.50-51).

Por otro lado el IMSS había instrumentado formas de solidaridad colectiva, ampliando la cobertura y garantizando servicios básicos a grupos campesinos en zonas marginadas, de modo que su política mantenía aún la tendencia hacia la universalización de los derechos sociales (Laurell A. C; 1997; p.5). De acuerdo con ello, los recursos administrados por la institución fueron utilizados con criterio de utilidad pública, pues hicieron posible la construcción de clínicas y hospitales a lo largo del país, beneficiando al conjunto de la población. Así la relevancia del IMSS consiste en que es la red de infraestructura sanitaria más importante de América Latina, y también en que posee la administración del sistema de servicios de salud rural más importante del país, el IMSS-Coplamar, ahora Solidaridad (Op cit; p.25). Sin embargo la tendencia hacia la ampliación de cobertura se interrumpió con la imposición del proyecto neoliberal, no obstante que la mayoría de la población del campo debería ser sujeto de aseguramiento ya como productores rurales o como asalariados agrícolas, población que no cuenta siquiera con servicios de salud. Entre tanto sólo una pequeña parte tiene acceso a un seguro permanente o eventual mientras que otra como señala Carlota Botey, recibe una

“seguridad social de segunda” pues los servicios del IMSS se restringen a proporcionar asistencia médica y hospitalaria básica si comprenden al resto de los seguros. (Botey, E. Carlota, 1997; p. 312).

Como sabemos a partir de la década de los 80, las instituciones de salud como las de seguridad social recibieron el embate de la crisis económica que propició su deterioro gradual, gracias al desfinanciamiento intencionado de las mismas. Este proceso de lento desmantelamiento (el recorte presupuestal y su distribución, la descentralización y la promoción de la mercantilización-privatización de los beneficios-servicios) fue madurando las condiciones necesarias para la reforma que se produciría 15 años después, y que llevarían a la consolidación del sector privado (Laurell A, C; 1997; Pp.25-26). La aparición del Sistema de Ahorro para el Retiro a mediados de los 80 (SAR) “representó la primera gran ruptura con los principios constitucionales de seguridad social y anticipó la reforma de 1995”, pues sustituyó justamente el principio de solidaridad intergeneracional, dejando el ahorro de los pensionados bajo el control de los bancos privatizados y abandonando con ello la administración pública de los fondos sociales. Lo anterior daba paso a un nuevo modelo de protección privado e individualizado y evidenciaba, que se había puesto en marcha la reforma neoliberal de la seguridad social (Op cit; p. 35, 36).

Ya desde 1985 habían comenzado a aparecer en México los seguros médicos privados, como una alternativa de atención en el momento de mayor desfinanciamiento de las instituciones públicas de aseguramiento, que las hacía aparecer como ineficaces e ineficientes. De entonces a la fecha ha aumentado el aseguramiento privado, no solo entre la población de altos recursos sino incluso entre trabajadores con una relación laboral formal, los cuales tienen a veces un seguro público y otro privado, hecho que constituye una irracionalidad (Op cit; 36). El impulso a las empresas de seguros privados va de la mano con el impulso a los grandes centros hospitalarios privados como nuevo campo de acumulación. Puesto que la mayor parte de la población del territorio nacional es pobre, tal política ha ido dirigida sobre todo a la parte de ella que potencialmente constituye un mercado de masas: los trabajadores sindicalizados con ingresos fijos por encima del salario mínimo, afiliados a los diferentes institutos de seguridad social (Laurell A, C; 1991; p. 27). Pero la privatización que se promueve en el ámbito de los beneficios-servicios sociales no es total, sino sólo de aquellas actividades más rentables como los fondos de pensiones, así como de una parte de los servicios médicos (Laurell A, C; 1997; Pp. 46,47).

De ese modo el debilitamiento de los institutos de seguridad social que se ubica en el contexto de la crisis del estado de bienestar, tuvo como consecuencia la reducción en el acceso real a éstos (Op cit; p. 46). La reforma del sector salud y la nueva ley del Seguro Social, a pesar de lo que diga el discurso, implica no sólo una disminución en la cobertura a la población sino al limitar los beneficios servicios y condicionarlos según equivalencia al pago realizado, tiende a excluir de la protección a los trabajadores más pobres (Op cit; Pp. 56-58). Ni que decir de los asalariados del campo y productores rurales, que por lo menos eran contemplados como sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio en la legislación anterior, aunque en realidad muy pocos, como es el caso de los cañeros, se beneficiaron con los servicios integrales ya mencionados. La reforma actual por lo tanto no beneficiará a la mayoría de la población urbana y rural, mucho menos a los indígenas que aun son concebidos como ciudadanos de segunda, sujetos sólo

de caridad y de programas asistenciales como Solidaridad, y a los que por lo tanto “no se les concede ni siquiera la manifestación de su voluntad”. (Botey, E. Carlota; 1997; Pp. 312-313). Así lo atestigua la situación de los indígenas en Chiapas, y en el resto del país, marginados de los beneficios del llamado desarrollo y que hoy luchan en contra de un sistema económico político que los excluye cada vez más.

El Estado de bienestar, el neoliberalismo.

Puesto que la política sanitaria como parte de la política social guarda una estrecha relación con la política económica, en el marco de un proyecto nacional como menciona Laurell (Laurell A. C; 1991; p.7), es necesario ubicar ahora toda la problemática anterior en el contexto de la confrontación que se ha dado entre por lo menos dos grandes proyectos ideológico-políticos, los cuales llevados por fuerzas sociales se disputan la conducción de la sociedad

Primeramente hay que mencionar que en la primera mitad del siglo XX, en Europa y en diferente medida en América, se fueron conformando las instituciones del llamado “Estado de bienestar”. Este correspondió a un periodo de acumulación capitalista de la postguerra caracterizado por la producción en masa, y la necesidad de garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo elevando su consumo a través de valores de uso elaborados bajo condiciones capitalistas, lo que alteraría las condiciones domésticas y mercantiles de dicha reproducción (Farfán; 1988; Pp. 31-33).

Bajo los planteamientos de Keynes el Estado se haría cargo de la gestión directa de la fuerza de trabajo por lo menos en tres niveles: a) la fijación del marco jurídico y legal de las relaciones de explotación (la jornada laboral, el trabajo infantil, el salario); b) la instauración del salario indirecto (prestaciones sociales) para asegurar la reconstitución de la fuerza de trabajo, y c) la estructuración de la asistencia social para orientarla hacia la reserva de mano de obra” (Op cit; p.35). Tales planteamientos no tienen solamente un carácter económico para garantizar la acumulación, tiene ante todo un carácter político como forma de dominación de la relación capital-trabajo (Op cit; p. 35). Según esta situación la clase dominante que ve en la clase trabajadora una amenaza, busca no sólo recuperarla con el objeto de restablecer el equilibrio entre la oferta y la demanda , sino también una vía para la destrucción y fragmentación de su posible unidad, “alguna veces diluyendo la potencia ofensiva de la clase trabajadora, pero en las más, atomizándola y reconstituyéndola en diversos grupos funcionales de “ciudadanos”, de “pueblo”, etc.; es así como el Estado logra fetichizar las relaciones sociales actuando en el nivel de la superficie de los fenómenos” (Op cit; p. 37).

Sin embargo la crisis económica de finales de la década de los 70 puso en entredicho al llamado Estado de bienestar, al que se acusó de ser responsable de ella. Una de las principales críticas se centró en la naturaleza improductiva de los gastos sociales, puesto que las erogaciones de aquel representan una reducción del plusvalor disponible para el propio capital privado. Sin embargo como señala Farfán, el keynesianismo y el Estado de bienestar no son los responsables de la crisis actual, aún si se acepta que han venido a acentuar su dimensión. Para el autor la onda expansionista fue la que llegó a su fin, y la nueva etapa de crisis sólo puso de manifiesto los límites del

intervencionismo estatal, “fue la crisis la causante de la bancarrota del keynesianismo y no este el que minó la rentabilidad del capital, aun si al final terminó por intensificar esta tendencia” (Op cit; p. 47).

El período sin embargo marcará el ascenso de la Nueva Derecha neoliberal como fuerza ideológico-política cuya postura parte de considerar, que el mercado es el mejor mecanismo para asignar los recursos económicos y satisfacer las necesidades de los individuos. Para este modo de pensar todos los procesos que controlan, obstaculizan o suprimen el libre juego de las fuerzas del mercado tendrían efectos negativos tanto sobre la economía como sobre el bienestar y la libertad de los individuos (Laurell A, C; 1997, p.15). Puesto que el intervencionismo estatal resulta antieconómico y antiproduktivo, no sólo porque ha provocado una crisis fiscal del Estado sino sobre todo, porque ha desalentado a los empresarios a invertir y a los trabajadores a trabajar; porque es ineficaz en cuanto que tiende a un monopolio económico estatal y a tutelar intereses particulares de productores organizados en vez de responder a la demanda del mercado; porque es ineficiente pues no ha logrado eliminar la pobreza y por añadidura ha hecho a lo pobres dependientes del paternalismo estatal, luego entonces según este modo de pensar la solución a la crisis es la reconstitución del mercado, la competencia y el individualismo (Op cit; 1997; p. 16)

El paso que sigue por lo consiguiente, es el retiro de la intervención del Estado en la economía tanto si es agente económico directo como en la planeación y conducción económicas, el mecanismo para lograrlo es la privatización y desregulación de las actividades económicas. A lo anterior se agrega la reducción de las funciones del Estado relacionadas con el bienestar social el cual según los neoliberales, pertenece al ámbito de lo privado y debe ser delegado a la familia, la comunidad y los servicios privados como sus fuentes naturales; luego entonces la intervención del Estado debe circunscribirse a los bienes públicos, en sentido restrictivo, es decir debe reducir su quehacer a los muy pobres que no pueden acceder al mercado (Op cit; p. 16). Contrario a lo que pudiera pensarse, los defensores del nuevo liberalismo desean un Estado fuerte en términos de que garantice el marco legal y las condiciones adecuadas para el libre mercado (Laurell A, C; 1991, p. 9). En fin “hay un rechazo definitivo al concepto de derechos sociales y la obligación de la sociedad de garantizarlos a través de la acción estatal. El neoliberalismo se opone radicalmente a la igualdad en el acceso a los beneficios y a la universalidad de la cobertura y la gratuidad de los servicios sociales” (Laurell A, C; 1997, p. 17).

En la crítica al Estado de bienestar impulsada por la Nueva Derecha, parecen confluír también corrientes que lo han cuestionado desde el pensamiento progresista. Ambas críticas sin embargo son diametralmente opuestas “tanto conceptualmente como por los propósitos que persiguen” (Op cit; p.13). Desde el pensamiento progresista los juicios dominantes en los años 60, 70 y 80 se desarrollaban en dos grandes vertientes. Uno se refería “a las restricciones de los servicios-beneficios sociales y a la lentitud de su proceso de universalización; centraba su crítica en la insatisfacción de las necesidades sociales de amplios grupos y la consecuente y persistente desigualdad social” Otro “era en sí, una crítica del capitalismo como principio organizador de la sociedad. La crítica de fondo a esta postura se basaba en que las políticas e instituciones de bienestar social se erigían en un obstáculo importante en la constitución de un nuevo orden social de liberación humana e igualdad social” (Op cit; p. 13).

Sin embargo a partir del ataque al Estado de bienestar tanto los marxistas como los socialistas revolucionarios han pasado de posiciones de crítica a asumir posiciones de defensa semejantes a las de los llamados "Fabianos", los cuales son partidarios sin reservas del Estado de bienestar en el marco de los valores del bien colectivo y la igualdad, y cuyas expresiones políticas son las distintas corrientes de la socialdemocracia progresista y del socialismo democrático parlamentario (Laurell A. C; 1991; Pp. 10-11).

Según los valores acerca del bien colectivo y la igualdad, la sociedad debe responsabilizarse de proveer y garantizar un nivel satisfactorio e igual de bienestar social para todos sus miembros, lo que se vincula a la idea de los derechos sociales como extensión de los derechos ciudadanos legales y políticos. Se deduce entonces que las políticas sociales deben ser universales es decir abarcar al conjunto de la población y proveer beneficios iguales para todos, y redistributivas con el fin de disminuir la desigualdad. Desde este punto de vista la esfera del bienestar social pertenece al ámbito de lo público y es por lo tanto responsabilidad estatal. Una consideración importante que hacer al respecto se refiere a la misma extensión de los derechos sociales, los cuales no deberían restringirse a un mínimo de bienestar o a un esquema de bienestar básico como piensan los keinsianos, sino que deberían expandirse y garantizar una "Vida Buena" que fomente todas las potencialidades del ser humano, debiendo ser por lo tanto una actividad central del Estado. (Op cit; Pp.11-12).

Mas allá de los acontecimientos europeos y el debate ideológico político entre la Nueva Derecha y los defensores del bien común, es importante señalar que el Estado de bienestar no pudo ser desmantelado en los países del capitalismo avanzado, debido sobre todo a las relaciones de fuerza política entre los diferentes grupos. No sucedió lo mismo sin embargo en los países latinoamericanos, donde gracias a su desarrollo dependiente, el proyecto neoliberal pudo imponerse tanto en sus vertientes económicas como sociales impulsado por los organismos financieros internacionales.

En el caso de México la idea de los derechos sociales es uno de los ejes plasmados en la constitución que surge del movimiento revolucionario de 1910, y que consagra los derechos al trabajo, al salario suficiente, a la educación, a la protección de la salud y la vivienda, asumidos por lo tanto como derechos universales para todos los mexicanos (Op cit; p. 13). A la etapa histórica de acumulación capitalista de la postguerra corresponde el surgimiento en México de las instituciones de salud, cuyos institutos de seguridad social fueron la forma más acabada en que se expresó el estado de bienestar. Puesto que el acceso a éstos abarca básicamente a los trabajadores industriales y empleados de gobierno organizados sindicalmente, la crítica a los institutos de seguridad social se ha centrado en su selectividad que margina de sus beneficios al resto de la población no obstante el ordenamiento constitucional. Sucede entonces que las políticas sociales han sido segmentadas en función de las distintas clases y fracciones de clase, y mientras los esquemas de seguridad social garantizan beneficios iguales para todos los asegurados que van más allá de un mínimo social, por el otro lado las instituciones y políticas públicas no paraestatales ni siquiera ofrecen la protección social mínima a la mayoría de la población (Op cit; p. 14).

Sin embargo a pesar de sus ambigüedades y deficiencias, las instituciones de salud y seguridad social y la política de salud en general pertenecían al ideal plasmado en la constitución de extender su cobertura a cada vez más mexicanos. Pero dicho ideal ha

sido abandonado gradualmente por la crisis económica y el embate político neoliberal que llevó al recorte del gasto social, al desfinanciamiento intencionado de aquellas, y a la progresiva tendencia a la privatización de sus partes en la segunda mitad del siglo. Como se sabe el grupo gobernante continúa impulsando una política económica que tiene como fundamento la capacidad de la iniciativa privada y las fuerzas del libre mercado para imponer su proyecto y conducir el país, mientras que su necesidad de legitimación pregonada en el discurso que su política social preserva el contenido de la Revolución Mexicana. Sin embargo los hechos de su política social en general y su política sanitaria en particular, seguidas desde principios de la década de los 80, revelan que no es así sino que ha habido un retroceso en la calidad de vida de la población lo cual ha sido ya ampliamente documentado.

BIBLIOGRAFÍA.

Blanco Gil, José y López Arellano, Oliva.

"Crisis económica y recomposición del Estado" en *La Modernización Neoliberal en Salud*. México en los Ochenta. UAM. México 1993.

Blanco Gil, José y López Arellano, Oliva.

"De la transición epidemiológica a la epidemiología de la crisis" en *Política Sanitaria Mexicana en los Ochenta*. Fin de Siglo Editores. México.

Botey Estape, Carlota.

"Despojo a los trabajadores del campo" en *La Seguridad Social Mexicana en la Ruta de la Privatización*. Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática. Cámara de Diputados. LVI Legislatura. Centro de Producción y Servicio Editorial de grupo parlamentario del PRD. México 1997.

Eibenschutz, Catalina; Córdoba, Gerardo; López A, Oliva y López G, José.

"La política sanitaria del Estado mexicano en los ochentas" en *Política Sanitaria en los Ochenta*. Fin de Siglo Editores. México.

Farfán Guillermo.

"Capital, trabajo y Estado de bienestar en el capitalismo avanzado" en *Testimonios de la Crisis. 2. La Crisis del estado de Bienestar*. Siglo XXI. México 1988.

Laurell Asa, Cristina.

La política Social en la Crisis: Una Alternativa para el Sector Salud.

Fundación Friedrich Ebert. México 1991.

Laurell Asa Cristina.

"La salud: de derecho social a mercancía" en *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*. UAM. Fundación Friedrich Ebert. México 1994.

Laurell Asa, Cristina.

La Reforma Contra la Salud y la Seguridad Social.

Ed. ERA. Fundación Friedrich Ebert. México 1997.

León López, Arturo.

"Una concepción del desarrollo rural" en *El Desarrollo Rural: un Proceso de Permanente Construcción*. Taller Editorial. UAM. México 1990.

Peña Saint Martín, Florencia y Garduño, María de los Ángeles.

"Unidades familiares, mujeres y salud en el desarrollo" en *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*. UAM. Fundación Friedrich Ebert. México 1994.