



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA



UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

POSGRADO EN DESARROLLO RURAL

NIVEL MAESTRÍA

**SALUD Y DESARROLLO COMUNITARIO EN CHIAPAS: EL CASO DE SADEC Y
LAS TRANSFORMACIONES EN LA SALUD COMUNITARIA DE LOS MUNICIPIOS
DE OCOSINGO Y CHILÓN (1995-2023)**

**IDÓNEA COMUNICACIÓN DE RESULTADOS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO
DE MAESTRÍA EN DESARROLLO RURAL**

PRESENTA

LUZ MARIANA ECHEVERRIA ALMARAZ

DIRECTOR:

DR. ENRIQUE GUERRA MANZO

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2026

Contenido

Agradecimientos:	4
Introducción:	5
Capítulo 1. De inicio, metodología y pinceladas teórico-conceptuales-contextuales.	10
Contexto conceptual:	13
Chiapas:	13
SADEC.....	14
Impacto Social	17
Intervención:	18
Asistencia.....	19
Objetivos	20
Objetivo general	20
Objetivos específicos	20
Método:	21
Criterios de calidad:	25
Capítulo 2. Contexto sociodemográfico	27
Chiapas	28
Ocosingo.....	40
Chilón.....	45
San Jerónimo Tulijá, Chilón Chiapas.	50
Arroyo Granizo, Ocosingo Chiapas	53
La Garrucha, Ocosingo Chiapas	56
Las Tazas, Ocosingo Chiapas	59
Panorama epidemiológico	61
Capítulo 3. Salud y Desarrollo Comunitario historia y vinculación	67
Capítulo 4. Sistema de Salud Autónoma Zapatista y SADEC, una construcción colectiva de la salud comunitaria	93
Capítulo 5. Transformaciones de salud en las comunidades donde SADEC colabora	124
5.1 El Sistema de Salud Autónomo Zapatista y SADEC; estructura y existencia conjunta	125
5.2 Las Tazas, Municipio Autónomo San Manuel; Municipio Oficial Ocosingo, Chiapas.	132
5.3 Arroyo Granizo, Municipio Autónomo Ricardo Flores Magón; Municipio Oficial Ocosingo, Chiapas.	152

5.4 San Jerónimo Tulijá, Municipio Autónomo Canalulub; Municipio Oficial Chilón, Chiapas.	169
5.5 La Garrucha, Municipio Autónomo Francisco Gómez; Municipio Oficial Ocosingo, Chiapas.	184
5.6 Interpretación transversal de las transformaciones en salud de las comunidades presentadas	190
CONCLUSIONES GENERALES	194
BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS:	199
ENTREVISTAS:	205

Agradecimientos:

Esta tesis es producto del esfuerzo de muchas y muchos; es el esfuerzo colectivo que nos ha llevado por caminos inciertos y muchas veces oscuros y por ello; es necesario agradecerle a todas y todos los que la hicieron posible.

Inicio diciendo gracias a la vida, a las Diosas y los Dioses que me han permitido andar estas veredas y conocer la salud comunitaria desde mis ojos, mi piel y mis pies. Gracias a mi familia que siempre ha confiado en mi y me han apoyado en cada decisión por difícil o imposible que suene. A mi compañero de lucha, de vida y de utopías por confiar, acompañarme y creer en mi siempre; por sostener el proceso para que esto sea posible.

A Joel; por creer en mi desde siempre, por confiar, acompañarme, acuerparme y formarme en esto que llamamos Salud Comunitaria; por hacerme creer en ello y permitirme caminar juntos.

A Saúl y Ful por confiar en mi, por compartir siempre y abrirme las puertas de su casa; por tantos consejos, palabras y acompañamientos siempre, por dejarme ser parte del equipo y de sus vidas.

A Cris por hacerme parte de su vida, por enseñarme desde el amor y la ternura y por cuidarme, acompañarme y apapacharme tanto en este y todos mis procesos desde que mis pies pisaron las tierras chiapanecas por primera vez.

A Moni y Ahidé por ser compañeras, amigas y por creer en mi y dar parte de ustedes para la construcción de esta nuestra utopía.

A Pancha por ser mi primer golpe de realidad, la que cambio mi vida y uno de los motores por los que sigo en este camino; por ser mi compañera de lucha, por enseñarme tanto y acompañarme siempre, por dejarme ser parte de su familia y comunidad y por ser tan fuerte y valiente siempre por confiar en mi y por cuidarme siempre.

A las y los promotores de salud que han tocado mi vida y que me han acompañado mientras les acompaño; gracias por su disposición, pero sobre todo por hacerme parte de la salud comunitaria... su salud.

A las que anduvieron este camino antes y después de mí; para que este esfuerzo y los que sea que vengan sigan siendo en pro de la salud comunitaria y aporten un poco en el cambio de paradigma de ustedes como personal de salud; pero sobre todo, en la vida de las personas que atiendan.

A los profes de la MDR por sus aportes siempre valiosos. Pero en especial a Enrique por la paciencia, el cuidado y su acompañamiento incondicional en este proceso, a Gis por leerme tantas veces y sugerirme horizontes posibles, a Ale por leerme y aconsejarme, a Carlos por ser parte de este proceso desde siempre y cuidarlo. A Mons y a Bel por acompañarme y sostenerme.

A las y los que se nos adelantaron porque esto también es parte de su esfuerzo y también es para ustedes.

Introducción:

Salud y Desarrollo Comunitario A.C. (SADEC en adelante) es una organización de la sociedad civil que se fundó en los años 90's; se encuentra trabajando en la región selva del estado de Chiapas, con una mirada crítica y amplia de la situación de salud en las comunidades, promoviendo un modelo de atención en salud desde la colectividad y las condiciones de vida de las personas, considerando sus relaciones interpersonales y comunitarias.

Como ya lo decía previamente, SADEC lleva ya 30 años acompañando a algunas comunidades del estado de Chiapas en la construcción de la salud comunitaria, a partir de un proceso de formación de agentes de salud comunitaria (en adelante promotores de salud o promotores)¹ y posteriormente promoviendo una etapa de Organización en salud con el impulso de la creación de espacios de participación como comités de salud, representantes regionales y asamblea de promotores; donde se establecen mecanismos para la evaluación, planeación y discusión de los problemas de la dinámica de trabajo y para llevar un seguimiento sistemático. (Heredia Cuevas 2007)

La presente investigación hace un análisis que posibilita la visibilización del impacto social que ha tenido SADEC en las comunidades que acompaña, así como la concepción que la población tiene sobre el modelo de atención en salud que promueve la organización.

¹ [Personas que]” con su actuación a nivel básico de atención primaria de salud y en contacto directo y permanente con la comunidad, cumple con un importante papel como nexo en la relación entre la comunidad y las instituciones de salud. Sus tareas incluyen la prestación de servicios de fomento a la salud, prevención de enfermedad y detección y atención temprana de las enfermedades más frecuentes”. (Salud, 2010)

Los objetivos generales de esta investigación son el enriquecimiento conceptual al quehacer de la organización, así como conocer la opinión de las comunidades a quien acompaña SADEC sobre su trabajo y buscar que, a raíz de eso se pueda implementar una serie de prácticas emancipatorias. También espero satisfacer la demanda de SADEC sobre un ejercicio de análisis crítico del modelo de capacitación y atención en salud propuesto en su quehacer.

Este trabajo se realizó de manera flexible con investigación cualitativa. La investigación se desarrolló en el estado de Chiapas, en algunas comunidades de los municipios de Ocosingo y Chilón, las comunidades seleccionadas fueron aquellas a las que SADEC ha acompañado en los últimos 10 años de manera permanente y que tienen alguna relevancia en la estructura del Sistema de Salud Autónoma Zapatista. La información aquí plasmada se recogió de manera directa con las personas que han formado parte del proceso de capacitación en salud comunitaria o el proceso de organización en salud que se propone en el modelo de SADEC.

Quien aquí escribe es Mariana, médica que hace 11 años al terminar la licenciatura, encontró en el servicio social un sentido diferente de su/el hacer salud; desde la visión colectiva, comunitaria, colaborativa y un tanto lejos del cliché médico de lujos, reconocimiento, hospitales y acciones impolutas.

Escribe Mariana la que hoy se define como médica comunitaria, esta que se ha des-re-de-construido desde hace 11 años de la mano de SADEC, Joel, Saúl, Fulgencio, Juan Emrich, Mónica, Cristina, Ahidé, y otras muchas y muchos más; la que llegó como pasante de servicio social, que pasó a ser voluntaria, colaboradora externa y colaboradora directa.

La que ha entregado gran parte de su quehacer profesional a la colaboración con esta organización a la que le tiene gran respeto y sobre todo cariño; esto quizá pudo haber sido una gran limitante para más de una persona al escribir este documento, sin embargo para mí fue el aliciente más grande puesto que confío en que esto será de provecho para SADEC.

En la realización de este documento intento llevar al lector en una panorámica que va desde lo macro a lo micro; que se va develando en capas y que cada una de ellas a su vez se relaciona con la anterior, una serie de capas que no tendrían sentido sin la/las otras. A lo largo del presente escrito habrá que ir leyendo con lentes de diferente escala visual que podrán ir en momentos desde lo telescópico-nacional y en otros deberán ser mirados el lente microscópico-comunitario por ser situaciones muy particulares; pero sin perder de vista, que siempre habrá un hilo conductor que los mantenga unidos.

En toda la extensión de la presente tesis me enfoco en el tema de salud analizado desde diferentes perspectivas que van siendo develadas-analizadas-nutridas desde bibliografía, experiencia y relatos de otras y otros, sin perder el piso común de lo comunitario.

La totalidad del texto se compone de cinco capítulos que pretenden abundar cada uno en diferentes dimensiones metodológicas, contextuales, cronológicas-históricas, teóricas-conceptuales y finalmente vivenciales e interpretativas.

En el primer capítulo se integran los ejes centrales de la investigación, desde la justificación, las preguntas de investigación, objetivos perseguidos al realizar la

investigación, así como la descripción de herramientas metodológicas empleadas en la construcción de esta tesis.

En el capítulo dos expongo el contexto sociodemográfico y político del estado de Chiapas; así como la situación sociopolítica y cultural de los municipios donde están ubicadas las comunidades y ejidos con los que interactué; también se presentan los datos sociodemográficos de las comunidades donde se realizaron las entrevistas.

El contenido del tercer capítulo es la exposición del contexto histórico de la organización donde narro el proceso según lo recabado con personas fundadoras de la organización, en este capítulo se puede leer un tejido de bibliografías que han sido pilares para la construcción de la organización y ayudan a comprender un poco las líneas de trabajo e intervención.

El cuarto capítulo muestra una descripción de lo que está escrito y descrito en la bibliografía sobre el Sistema de Salud Autónomo Zapatista (SSAZ), sumado a una descripción de lo que SADEC plantea como modelo de salud comunitaria, y cómo este se configura en las comunidades donde la organización trabaja, cómo es concebido por las personas que han sido capacitadas por SADEC y cómo se da la interacción entre ambas organizaciones; también se puede encontrar en este capítulo un breve recorrido por las políticas públicas que impactaron en el proceso de salud comunitaria de SADEC y permiten realizar un análisis desde otra perspectiva de sus acciones.

En el último capítulo se retoma la palabra de las personas entrevistadas para intentar visibilizar las transformaciones que la salud comunitaria ha tenido en las comunidades donde SADEC ha acompañado en estos años. En este capítulo se integra la base teórica

que sirve para poder documentar y legitimar estos cambios/transformaciones y el acercamiento a la medición del impacto social en términos cualitativos a que SADEC ha tenido en las comunidades. De igual manera se presenta un análisis crítico de la estructura y participación de SADEC en las comunidades, con base a las propuestas de trabajo y lo que las personas perciben de éste para poder determinar la pertinencia de las acciones realizadas en el pasado y si estas acciones continúan siendo vigentes en el contexto actual.

Capítulo 1. De inicio, metodología y pinceladas teórico-conceptuales-contextuales.



Ilustración 1 Equipo SADEC 2024 en las instalaciones de la organización; Palenque, Chiapas

En este capítulo se presentan los hilos teóricos metodológicos y conceptuales que dan base a la presente investigación sobre la que se desarrolló el proceso de recolección, sistematización y análisis de datos. En ese sentido los apartados a continuación intentan dar claridad a las líneas de interés que se persiguen en la presente tesis, las razones por las cuáles esta se realiza, su marco contextual, las metodologías empleadas y la base conceptual que permita entender e interpretar el contenido de todo el documento.

A lo largo del documento se desarrollan temáticas que buscan abonar a la respuesta de la siguiente pregunta que sirvió como eje central en el desarrollo de toda la investigación y en torno a la cual, se fue tejiendo el contenido que aquí se presenta.

1. ¿Cuál ha sido el impacto social del modelo de salud impulsado por el trabajo de la organización de la sociedad civil SADEC en el periodo de 1995 a 2023, en las comunidades en que ha interactuado en los municipios de Ocosingo y Chilón, Chiapas?

De lo anterior se derivan las siguientes subpreguntas

- a. ¿De qué forma con el trabajo de SADEC aparece la construcción de la salud como un derecho desde lo colectivo y propicia acciones de cambio social en el mundo de la vida comunitaria en comunidades los municipios de Chilón y Ocosingo, Chiapas?
- b. ¿De qué manera en las comunidades donde SADEC ha interactuado, el concepto de desarrollo aparece en el campo de la salud comunitaria y cuáles han sido las aportaciones de SADEC en ese proceso durante los años 1995 a 2023?

- c. ¿Cuáles han sido los alcances y limitaciones del modelo de salud de SADEC y cómo se expresan en las comunidades y en su propio personal?

Salud y Desarrollo Comunitario se constituyó legalmente como organización de la sociedad civil en el año de 1996, en medio de la efervescencia sociopolítica provocada por el levantamiento del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) en Chiapas; sin embargo, tiene el antecedente de haber trabajado la propuesta de salud comunitaria en el Programa Marqués de Comillas desde los años 80's; de esta experiencia hablaré más adelante.

Esta organización, desde sus orígenes ha promovido el modelo de salud comunitaria y la organización social para constituir la salud como derecho colectivo de las comunidades donde se ha implementado.

En el marco del cumplimiento de los 30 años de SADEC se ha planteado la interrogante entorno a cómo es que se ha concebido y apropiado el modelo de salud comunitaria que han impulsado y trabajado en las comunidades, así como los cambios que el mismo ha atravesado durante estos años y han permitido adaptarlo a la realidad comunitaria del momento.

Es por ello que surge la necesidad de escuchar la palabra de las personas que han sido parte del caminar de la organización; desde autoridades, parteras, promotores de salud y algunas personas de otras organizaciones sociales con las que SADEC conforma redes.

En suma a lo anterior, también se identifica la necesidad de conocer si en el marco de los 30 años de SADEC y con el cambio de contexto social, político, territorial y

organizativo de las comunidades; este modelo de salud comunitaria sigue percibiéndose como vigente.

Los resultados de esta investigación pretenden aportar a SADEC elementos que contribuyan a la continuidad de su quehacer de la mano de las comunidades e identificar las fortalezas y debilidades que perciben las personas sobre las acciones que la organización realiza en sus territorios. También se pretende que los resultados de esta investigación brinden elementos que sirvan para hacer modificaciones necesarias para que el quehacer de SADEC continúe vigente y pertinente.

Contexto conceptual:

Para la presente investigación resulta importante hacer mención y describir los conceptos que se utilizarán como base para el entendimiento pleno de la investigación y se describen a continuación

Chiapas:

Resulta importante al caracterizar conceptos hablar de la peculiaridad del estado donde se realizó la investigación, puesto que en Chiapas se han gestado movimientos socio-políticos que han sido referente para el análisis y establecimiento de política pública sobre pueblos originarios y que han incidido en el desarrollo comunitario y la percepción del mismo; siendo quizá el más emblemáticos de ellos el levantamiento armado del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) del 1 de enero de 1994; caracterizado al inicio por la búsqueda del cumplimiento de ciertas demandas por el gobierno, que se traducen a la lucha por la justicia social; posteriormente, ante la dificultad de diálogo y garantía de las demandas planteadas, el EZLN inició el ejercicio pleno de la autonomía y libre determinación desde los pueblos donde ellos; dentro de sus posibilidades,

garantizan los derechos (educación, vivienda, salud, tierra, paz, libertad, justicia, democracia, alimentación, trabajo, comunicación, libertad, independencia y cultura) a sus bases de apoyo.

Resulta también importante hacer una descripción breve sobre los antecedentes que sirven de base para la configuración de SADEC como organización de la sociedad civil.

SADEC

Salud y Desarrollo Comunitario A.C. es una organización no gubernamental que “considera como elemento importante de su intervención social la formación de promotores/as de salud, parteras y multiplicadores, así como la organización en salud comunitaria y la atención médica” (López Enríquez 2011)

Esta organización tiene como origen un programa de formación que se llamó “Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas” (PSCMC o Programa Marqués de Comillas en adelante) que procuró “la idea de crear una estructura de salud con la participación de la población” (Heredia Cuevas 2007)

Resulta importante describir el modelo de funcionamiento del PSCM puesto que SADEC lo retoma y ejecuta durante sus 30 años de trabajo en la salud comunitaria de la Zona Selva Norte del Estado de Chiapas.

El programa funcionaba bajo un esquema que consideraba la relación del proceso de enfermedad “como un indicador que muestra las condiciones de vida de una población, donde la causalidad social está por encima de los aspectos biológicos” e incorpora “la atención en salud como una parte de la participación social” (Heredia Cuevas 2007). Después se integra un tercer elemento que es la organización en salud que “resulta de la dinámica de funcionamiento de los recursos locales de salud donde comités de salud

locales y regionales van más allá... haciendo suyas la administración de los servicios de salud, la planeación y la ejecución de los diseños de programas de salud” (Heredia Cuevas 2007)

Finalmente, el PSCMC planteaba el fortalecimiento de la organización campesina “con la inclusión de una estructura funcional sobre salud que en el marco del desarrollo local es un elemento importante para la definición de sus estrategias, en este caso con la existencia de un grupo de trabajadores de la salud organizados” (Heredia Cuevas 2007)

El Programa Marqués de Comillas considera 3 elementos fundamentales en torno a la atención de la demanda en salud, los cuales son:

1. La atención médica
2. Capacitación como instrumento de intercambio de conocimientos
3. Organización en salud que implica vínculos con la población y hace posible la continuidad de las acciones (Heredia Cuevas 2007)

Derivado del análisis realizado al PSCMC por Heredia Cuevas en su tesis de grado menciona tres elementos que posibilitaron el desarrollo del mismo y son

1. La identidad
2. La continuidad
3. La participación comunitaria (Heredia Cuevas 2007)

Resulta importante mencionar que el Programa Marqués de Comillas consideró 3 fases para el desarrollo del mismo que son las siguientes.

1. Formación
2. Consolidación

3. Proyección

Durante estas tres fases se fueron desarrollando los elementos previamente mencionados de atención médica, capacitación y organización en salud; la primera se implementó en los tres momentos de manera puntual y eficaz con las y los promotores de salud, el proceso de capacitación de igual manera se mantuvo en las tres fases de manera cíclica para permitir la integración de nuevo personal de salud. (Heredia Cuevas 2007)

Por último, la organización en salud que se presenta a partir de la segunda fase y deriva de la práctica de promotoras y promotores de salud que retoman las problemáticas a las que se enfrentan durante su quehacer. (Heredia Cuevas 2007)

El Programa Marqués de Comillas se interrumpió en el marco del levantamiento indígena y la suspensión del financiamiento; lo anterior, “llevó a que un grupo conformado por asesores... y promotores de salud coordinadores de este programa, buscaran la forma de continuar su trabajo en Chiapas, encontrando en un espacio no gubernamental esta posibilidad” (Heredia Cuevas 2007). “La figura se define asociación civil y toma como nombre Salud y Desarrollo Comunitario (SADEC)” (Heredia Cuevas 2007)

Es así que el trabajo de la organización comienza con una relación directa “con la estructura del Sistema de Salud Autónomo Zapatista, con promotores de salud y parteras que han sido formados bajo la metodología aprendida” (Heredia Cuevas 2007)

SADEC se constituye como organización no gubernamental en medio de un contexto social y político complicado en el estado de Chiapas y desde sus inicios mostró empatía con la lucha social de los pueblos originarios y comparte la lucha pacífica del Ejército

Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) y ha dejado “percibir su línea de acción política con la que [...] impulsa sus trabajos, lo cual la va configurando como un sujeto social y político que se reconstruye día a día en su estar con las comunidades, siempre escuchando y respetando la palabra hecha comunidad” (López Enríquez 2011)

Desde su fundación y hasta la actualidad SADEC “se ha configurado como sujeto social y político con una experiencia amplia en salud comunitaria, donde ha podido combinar elementos como educación, salud y participación comunitaria desde el reconocimiento de los involucrados como sujetos, respetando el andar y las decisiones propias de las comunidades involucradas” (López Enríquez 2011). En ese sentido, es necesario que a 30 años de la fundación de SADEC se realice una tarea de construcción colectiva que permita identificar la percepción de las comunidades sobre la aplicación de este modelo de construcción de salud comunitaria; así como también de herramientas necesarias para identificar el impacto social que ha tenido en las comunidades el mismo.

Impacto Social

La bibliografía existente comenta que *“no hay una definición común de impacto social. Sin embargo, la mayoría de las definiciones se refieren a nociones similares”* (Prak 2015). Atendiendo a lo anterior entonces citaré algunas referencias que resultarán útiles para la realización de este proceso de investigación:

- 1) *“Impacto social se da cuando el conocimiento científico que ha sido producido, publicado y transferido a la sociedad y a sus instituciones tiene un efecto positivo sobre el cambio en las mismas. Sin embargo, cabe no olvidar que ese impacto se puede analizar desde diferentes perspectivas”* (Flecha García 2018)

- 2) *“El impacto social se define como el efecto neto de una actividad sobre una comunidad y el bienestar de individuos y familias” (Prak 2015)*
- 3) *“Por impacto social se entiende, no solo el impacto sobre la población objetivo, sino sobre la sociedad en general. Está asociado a efectos a largo plazo, puede ser positivo o negativo y puede producir tanto efectos deseados como no deseados” (Prak 2015)*

Derivado de estas definiciones entonces tenemos que el impacto social generará algún efecto en las poblaciones y de ahí que en algunos casos surja la necesidad de hacer un esfuerzo por realizar una medición del mismo. Es así que algunas autoras y autores sugieren lo siguiente:

La medición del impacto social puede ser útil en varios aspectos incluyendo, la gestión de proyectos y la comunicación, es útil para evaluar la eficacia y la eficiencia de un proyecto o programa y para favorecer objetivos coherentes, para mostrar un proyecto y comunicar sobre él [...] En ese sentido, la medición de impacto es un proceso de aprendizaje. Los investigadores también lo consideran una prioridad porque les permite hacer el seguimiento del desarrollo de un proyecto y asegurar sus resultados (Prak 2015)

Intervención:

Pese a no haber una definición clara sobre el concepto, para dar luz a esta categoría de análisis en el trabajo lo abordaremos desde la intervención psicosocial que tiene un sentido, una práctica y que aspira a una transformación que sea de beneficio para el colectivo.

Desarrollo:

No solo entendido como el concepto clásico de crecimiento o progreso relacionado de manera directa con la economía; sino en un sentido más amplio que fue definido por Delgadillo como:

propuesta centrada en los puntos de interacción entre los sistemas humanos y los ambientales, a partir de la cual se impulse la integración de los sistemas productivos propios del campo y se genere el bienestar y la inclusión del mayor número posible de grupos sociales relegados. [...] a, los territorios rurales se definen como espacios geográficos cuya cohesión deriva de un tejido social específico, de una base de recursos naturales particular, de instituciones y formas de organización propias, y de determinadas formas de producción, intercambio y distribución del ingreso que les dan especificidad regional (Delgadillo Macías, 2006)

El abordaje del concepto desarrollo desde esta perspectiva permite integrar otras cuestiones como la territorialidad, la cosmovisión, la organización comunitaria y el territorio; esto me dio la posibilidad de hablar en otros términos con las personas entrevistadas y también poder leer su perspectiva desde el desarrollo no económico, sino desde el desarrollo rural.

Asistencia

A lo largo del documento está presente la palabra asistencia, es preciso aclarar que el uso de la misma no es entendido desde el ámbito caritativo o humanitario sino desde el término meramente sanitario que retomando la definición de Díaz-Lois de asistencia centrada en el paciente:

tiene como base el enfermo y todo fluye a su alrededor, una atención dirigida por su médico de cabecera que puede ser (como ocurre en la mayoría de los casos) el médico de Atención

Primaria, un internista o subespecialista si el proceso es largo y complicado. Tiene como objetivo la valoración que hace el paciente del acto médico. (Diz-Lois, 2008)

Nos da la pauta para poder decir que se percibe la asistencia como la atención directa en salud o atención médica; con lo anterior, también resulta necesario decir que la esta atención debería también complementarse con otras acciones, medidas y políticas para que el impacto en la salud de la población sea mayor y se logre el bienestar.

Finalmente, resulta importante mencionar que cada uno de los conceptos abordados en este marco conceptual se usan y desarrollan a mayor profundidad en cada uno de los capítulos correspondientes, puesto que esto facilitó el análisis de la experiencia de las comunidades a la luz de los conceptos y también permitió el diálogo entre experiencia y teoría haciendo posible apropiarse de los mismos.

Objetivos

Objetivo general

Identificar el impacto social que ha generado el modelo de salud impulsado por la organización de la sociedad civil SADEC, en el periodo de 1995 a 2023, en las comunidades en que ha interactuado; en Ocosingo y Chilón, Chiapas

Objetivos específicos

- a. Explicar cómo con el trabajo de SADEC aparece la construcción de la salud como un derecho desde lo colectivo y propicia acciones de cambio social en el mundo de la vida comunitaria en comunidades de los municipios de Chilón y Ocosingo, Chiapas.

- b. Investigar cómo el concepto de desarrollo aparece en el campo de la salud comunitaria en las comunidades donde SADEC ha interactuado durante los años 1995 a 2023
- c. Examinar los alcances y limitaciones del modelo de salud de SADEC en las comunidades y en su propio personal

Método:

Este trabajo se realizó con un diseño flexible de investigación cualitativa que genera una articulación interactiva y permite una sutil posibilidad de cambios durante el desarrollo de esta; dichos cambios fueron en el sentido de la factibilidad que otorgó el proceso.

Para el desarrollo de esta investigación se tomó como base el posicionamiento epistemológico de conocimiento situado que propone Donna Haraway quien postula que con él:

No buscamos la parcialidad porque sí, sino por las conexiones y aperturas inesperadas que los conocimientos situados hacen posibles, la única manera de encontrar una visión más amplia es estar en un sitio en particular (Haraway, 1995)

También la investigación transita de manera flexible y dinámica entre el compromiso y distanciamiento; entendiendo estos con la definición que aporta Núñez Sarmiento:

Compromiso [...] el acto en que el científico social incorpora a sus experiencias propias las representaciones ideológicas [...] y las necesidades de las personas, los grupos humanos y las instituciones que investiga, y las compare. El distanciamiento es la capacidad de este científico de “separarse cognoscitivamente” de las situaciones que estudia, incluida la habilidad de distanciarse de las ideologías de quienes analiza y que él mismo puede compartir, para observarlas (Núñez Sarmiento, 2001)

El estudio se realizó en el estado de Chiapas, en algunas comunidades de los municipios de Ocosingo y Chilón; las comunidades seleccionadas son aquellas a las que SADEC ha acompañado en los últimos 10 años de manera permanente y que tienen alguna relevancia en la estructura del Sistema de Salud Autónoma Zapatista.

Con la investigación se realiza un análisis del quehacer de la organización a la luz de varias propuestas metodológicas sobre la evaluación cualitativa del impacto social.

De las mismas rescataré la teoría de cambio que

explica cómo se puede impulsar el cambio con el proyecto y cómo se obtienen resultados que contribuyan a lograr impactos finales. También sirve de guía para hacer el monitoreo y evaluación del proyecto con el fin de hacer más eficientes los procesos (Vargas Zúñiga & Fernández Malo, 2011/2021).

En el mismo orden de ideas retomo el esquema propuesto por Cassetti y Paredes-Carbonell de la teoría del cambio para la evaluación:

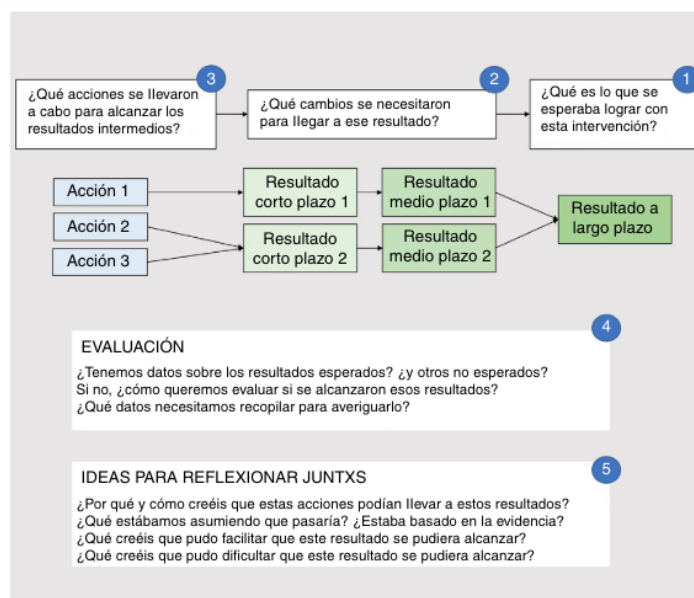


Ilustración 1 Fuente Cassetti y Paredes Carbonell. 2020

La construcción de los resultados a corto, medio y largo plazo se realizó de manera colectiva con las personas que forman parte de la organización y se contrastó con lo establecido en los objetivos de la organización, según sus planes estratégicos y la carta fundacional.

La evaluación del impacto de las intervenciones sociales de SADEC se realizó mediante cuatro indicadores básicos que son:

- 1) Formación de promotores de salud y parteras: Este indicador fue evaluado con la realización de entrevistas a personas clave que han formado parte del proceso de formación y capacitación en las comunidades; y una aproximación con los datos recogidos de las sesiones colectivas con la organización.
- 2) Organización social en salud: Este indicador se valoró con entrevistas a personas clave que hayan formado parte de la organización en salud que SADEC promueve en las comunidades
- 3) Atención médica: Este indicador se evaluó con los registros internos de la organización y se complementó con las entrevistas realizadas a las personas clave en las clínicas autónomas y a quienes han sido atendidos en estos espacios.
- 4) Mortalidad materna: al ser la disminución de la mortalidad materna uno de los objetivos que SADEC tiene propuestos, y que permite de alguna forma visibilizar la determinación social de la salud con los ejes de género, clase y etnia; este indicador se monitoreó por dos vías, la primera con la plataforma de acceso a la información, mediante la solicitud de los indicadores disponibles de mortalidad materna a nivel estatal y de los municipios de Chilón y Ocosingo en la temporalidad 1995-2023. Y en segundo término la recolección de datos desde la

memoria colectiva de las comunidades con la temporalidad de ocurrencia de la última muerte materna.

Este indicador podría o no dar cuenta del impacto de la organización en la región; sin embargo, resulta importante retomarlo puesto que permite un análisis más amplio e integral de la situación de salud dado que contempla condiciones de vida de las mujeres; no solamente factores biológicos.

Con la información recabada de la bibliografía, entrevistas y acceso a la información realicé un análisis crítico a la luz de bibliografías de temas afines que permita reflexionar sobre los aportes de SADEC a la construcción de la salud comunitaria; también intento abonar elementos a la organización que favorezcan su viabilidad y coadyuvar al mejoramiento del trabajo mediante el análisis de las acciones de la organización, la percepción de las/los promotores de salud comunitaria y la revisión de los conceptos que se utilizan para dar forma al proyecto.

Así pues, las limitaciones del estudio derivaron de la capacidad y disponibilidad para el diálogo y recolección de información con las personas que aportaron la misma; puesto que ellas y ellos tienen como lengua materna el tseltal. También fue importante en esta recolección de información que todas las personas me ubican como parte de la organización, esto lejos de presentarse como una imposibilidad permitió que las pláticas fluyeran (desde mi perspectiva); sin embargo, también debe ser considerado que quizá se contuvieron de hacer algunos comentarios por la misma razón.

En lo que respecta a la capacidad de dialogo resulta importante mencionar que las comunidades que fueron referentes para la realización de este estudio cuentan con un alto porcentaje de población originaria; tseltal en su mayoría, lo cual obliga a hacer visible

la posibilidad de no concretar un dialogo; puesto que al considerar la diferencia étnica, de lengua y de origen pudiera concretarse el término “otro” como lo refiere Giaccaglia et al *“todos aquéllos que no pueden integrarse plenamente a la comunidad del nosotros.”* (Giaccaglia et al., 2012).

Sin embargo, propongo que este término se transforme considerando la otredad como una postura epistemológica

que permite la visualización del sujeto periférico desde ópticas distintas, reconoce la ampliación del radio conceptual y la generación de nuevos planteamientos, desde una voz que adquiere competencias para resignificarse con un pensamiento antropológico, que reconoce la existencia de diferentes niveles de la realidad regido por diferentes lógicas (Sosa, 2009).

Criterios de calidad:

- Credibilidad basada en la certeza de que durante el proceso de desarrollo de la investigación se buscaron estrategias para lograr la confianza en el estudio y proceso con el compromiso de realización de trabajo de campo en tiempo y forma adecuadas con criterios éticos respecto a las y los participantes de la investigación y respeto a sus posturas. Obtención de datos de manera completa y densa para favorecer la investigación; procurar que la información obtenida y analizada en el proceso de investigación sea confrontada desde distintas aristas y que este documento cuenta con una lectura crítica de los participantes y con asesores del equipo de trabajo y externos que auditen el contenido.
- El estudio garantiza la seguridad en la obtención de información y que esta pueda ser confirmada por otro investigador en cualquier momento que considere necesario.

- También se prioriza que el contenido de la investigación apoye a la generación de mejoras en el interior de SADEC.

Capítulo 2. Contexto sociodemográfico



Ilustración 2 Paraíso Tulijá Municipio de Chilón Chiapas

Las realidades son diversas y complejas y se pueden percibir desde diferentes perspectivas, es por ello que en el desarrollo del presente capítulo recopiló información que es importante para comprender el análisis de la situación en salud del estado de Chiapas, la particularidad de las comunidades donde realicé la investigación y el contexto en el que se enmarca el trabajo de SADEC.

En este capítulo se teje la información desde lo sociodemográfico, hasta lo político y cultural con el objetivo de intentar dibujar para el lector la panorámica lo más nítida posible sobre la realidad de los lugares donde realicé la investigación. El recorrido comienza desde lo estatal y va profundizando hasta los datos comunitarios e intenta mostrar la compleja interacción y los múltiples hilos que tejen esta realidad.

Chiapas

Chiapas es uno de los 32 estados de la República Mexicana, se ubica al sureste del país; colinda al norte con el estado de Tabasco, al Oeste con Veracruz y Oaxaca, al sur con el Océano Pacífico y al este con la República de Guatemala. Cuenta con una superficie territorial de 74,415 km² que equivale al 3.8% de la superficie del país. (Gobierno de Chiapas, 2023).



Ilustración 3 Fuente: Portal de Gobierno de Chiapas, 2023

Es un estado que cuenta con 57.3% del porcentaje total de la extensión de la frontera Sur. El estado se conforma por 123 municipios que se distribuyen en 15 regiones (Gobierno de Chiapas, 2023). Chiapas contaba con una población total de 5,543,828 personas según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2020; de las cuales 48.8% eran hombres y 51.2% eran mujeres (INEGI, 2021).

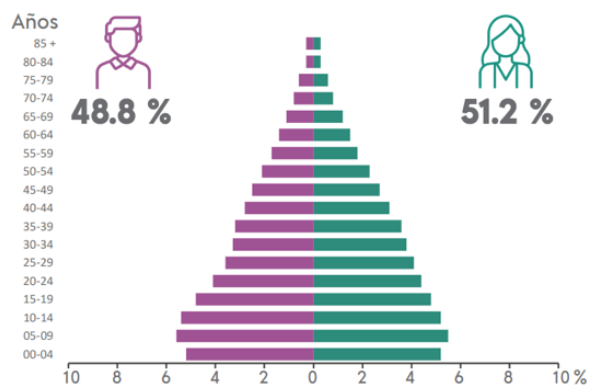


Ilustración 4 INEGI Panorama Sociodemográfico de México 2020, Chiapas.

Chiapas posee mucha riqueza cultural que se reconoce en el artículo 7 de su Constitución Política, puesto que se asume como un estado que cuenta con población pluricultural sustentada originalmente en pueblos indígenas; así mismo, reconoce a 12 pueblos originarios (Tseltal, Tsotsil, Chol, Zoque, Tojolabal, Mame, Kakchiquel, Lacandón, Mocho, Jacalteco, Chuj y Kanjobal) (SEDESPI, 2023) de los 62 que son reconocidos oficialmente en México. Resulta importante mencionar, que Chiapas es el estado que alberga más personas mayores de 5 años hablantes de alguna lengua indígena (INEGI, 2020), siendo el 28.1% de la población del estado.

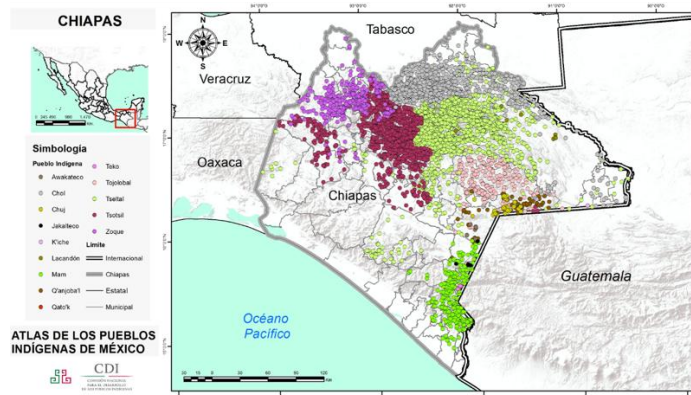


Ilustración 5 INPI Atlas de los pueblos indígenas de México

En contraste con la gran riqueza cultural del estado, hasta el año 2020, Chiapas era el estado del país con el mayor porcentaje de población en situación de pobreza (75.5% de la población) según Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (CONEVAL, 2020).

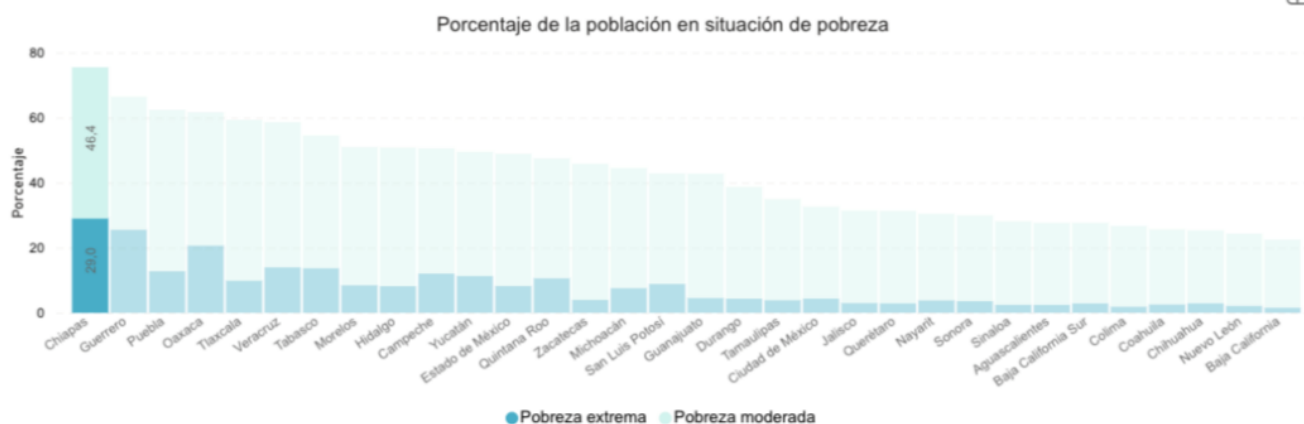


Ilustración 6 CONEVAL Medición de la Pobreza

De los indicadores de pobreza resulta importante mencionar que se distribuía en 29% en pobreza moderada y 46.4% en pobreza extrema. Esto de acuerdo a la medición de la pobreza multidimensional que incorpora indicadores que atienden a la calidad de vida de las personas.

En lo que respecta a la situación de salud del estado el Censo Nacional de población y vivienda 2020, reportó que el 66.7% de la población del estado contaba con afiliación a algún sistema de salud; de ello se rescata que el 68.6% refería contar con afiliación al INSABI (Instituto de Salud para el Bienestar) (INEGI,2021).

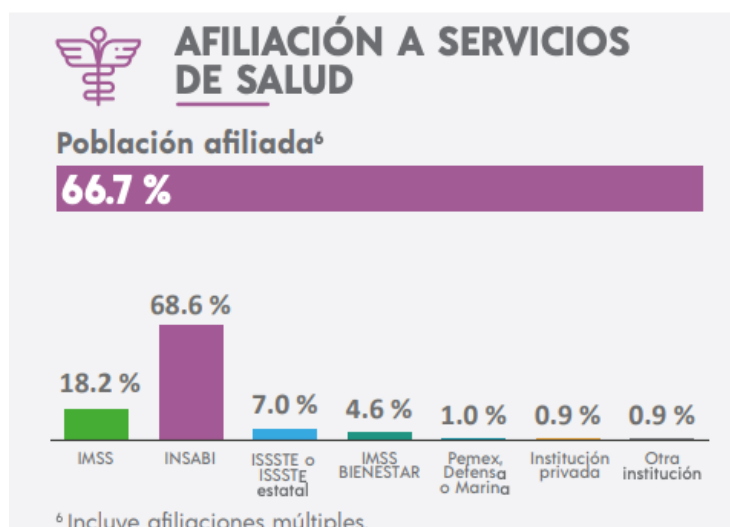


Ilustración 7 Fuente: INEGI Panorama Sociodemográfico de México 2020.
Chiapas

En contraste a lo anterior el Estudio Sobre el Derecho a la Salud 2023 publicado por CONEVAL, reportó que en el estado de Chiapas el 53% de la población recibe atención en salud de parte de servicios privados (CONEVAL,2023); lo cual estrictamente implica un gasto de bolsillo de la población de los cuales, muchos de ellos se encuentran en situación de pobreza extrema.

Sobre lo anterior es importante mencionar que la Observación General No 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, menciona que *“el derecho a la salud no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino además una serie de factores determinantes derivados de los siguientes elementos:*

- *Accesibilidad: la ausencia de barreras u obstáculos para el acceso a los servicios de salud [...]*

- *Disponibilidad: suficiencia de los servicios, instalaciones y equipos, mecanismos y procedimientos o cualquier otro medio por el cual se materializa un derecho para toda la población*
- *Calidad: el grado mediante el cual los servicios de salud [...] incrementan la probabilidad de obtener resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional más actual” (CONEVAL, 2023)*

Dado lo anterior, resulta imprescindible entonces tener una noción básica de cómo se encuentran actualmente estos indicadores en el estado. Sobre la accesibilidad, podemos decir que la legislación actual en México recientemente modificada (en 2022), establece que IMSS-Bienestar es “*un programa del Gobierno federal que tiene el objetivo de proporcionar servicios integrales de salud a la población sin seguridad social, mediante el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAS-Bienestar), el cual vincula la prestación de los servicios y la acción comunitaria en las entidades donde opera*” (CONEVAL 2023).

Gráfica 1. Infraestructura física del IMSS-Bienestar

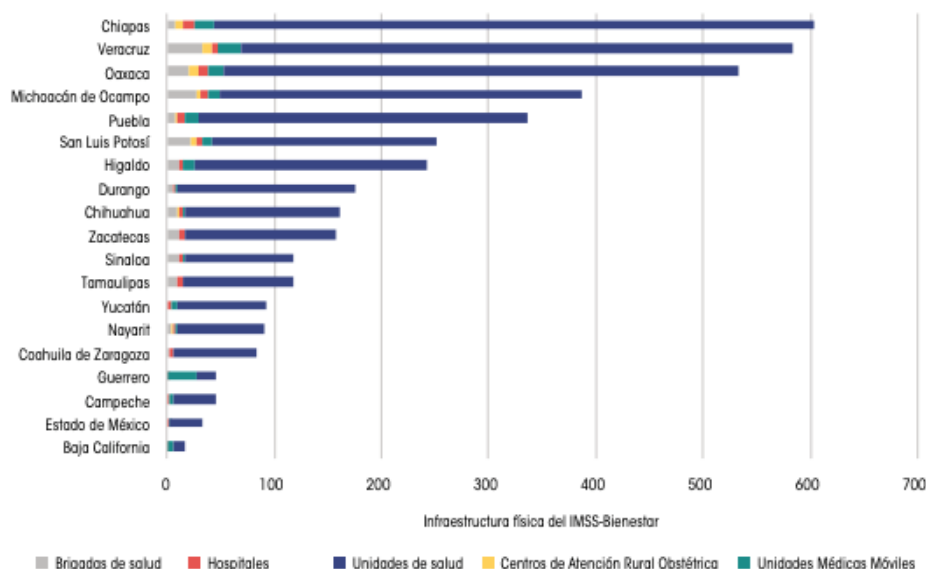


Ilustración 8 Fuente: CONEVAL Estudio sobre el derecho a la salud 2023 un análisis cuantitativo.

En la gráfica anterior podemos observar que Chiapas es el estado que cuenta con una mayor infraestructura del IMSS-Bienestar; ante lo cual resulta necesario realizar un análisis crítico del mismo observando que, de dicha infraestructura la mayor parte son Unidades de Salud de primer nivel de atención las cuales

“tiene como finalidad la atención ambulatoria a personas con fines de preventivos, consulta, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación. En esta unidad inicia el primer contacto con acciones de prevención y promoción para conservar la salud, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud.” (Diario Oficial de la Federación, 2022).

Es decir, son unidades médicas que cuentan con funciones limitadas de acción y atención sobre todo en el caso de urgencias y emergencias; sin embargo, resulta importante rescatar que la función de promoción y prevención a la salud se ve exaltada en este nivel de atención apelando al modelo de Atención primaria de la salud.

Haciendo referencia a la misma gráfica presentada previamente es preciso mencionar que las unidades de segundo nivel de atención; es decir, hospitales y centros de atención obstétrica rural son muy limitadas (menos de 100 en todo el estado). Ello implica la atención a los poco más de 5 millones y medio de chiapanecas y chiapanecos en esos hospitales, implicando claramente una limitación en términos de accesibilidad y disponibilidad; lo que deriva en una limitación al ejercicio pleno del derecho a la salud.

En el mismo orden de ideas podemos deducir con estos indicadores que la población al ver la limitación de acceso y disponibilidad buscan; en medida de sus posibilidades, la atención por medios privados, lo cual explica de manera lógica que poco más de la mitad de la población del estado reciba atención en salud en estos espacios sin demeritar el

gasto de bolsillo que implica y que contribuye a su vez, a profundizar la pobreza en la población.

De la mano de lo anterior resulta importante mencionar que, ante la diversidad cultural del estado y la gran influencia de los pueblos indígenas en el modo de vida, la salud y enfermedad implican una perspectiva más amplia que no tiene que ver solamente con la postura del modelo médico hegemónico cientificista. Así pues, *“la concepción indígena de la salud está relacionada con la idea de que ésta no solo tiene que ver con el cuerpo físico, sino que su chunel y su chanul² estén bien, cada uno en su lugar [...] La salud es, en fin, el equilibrio del hombre con la naturaleza, con las deidades, con el otro mundo y consigo mismo.”* (Nolasco Armas, 2008)



Ilustración 10 Deria de la Semilla Palenque Chiapas. 2017



Ilustración 9 Promotores de salud preparando hammal pox (medicina de plantas)

² Ambas compartidas dentro de la cosmovisión tzotzil- tzeltal que son entendidas como el alma con la que nace cada persona. <https://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/object/libro%3A476>

También en la perspectiva de atención en salud es importante mencionar que; en Chiapas, debido a la diversidad cultural no se ha limitado al modelo médico hegemónico, sino que se han establecido modelos alternativos que buscan la integración de esta perspectiva y del personal de salud comunitario como son promotores de salud y parteras.

En ello también es importante rescatar que, pese a las acciones gubernamentales con el establecimiento de centros de atención en salud, las acciones de la Iglesia Católica y otras iglesias e instituciones religiosas con: hospitales, clínicas y brigadas de atención y los aportes de la sociedad civil mediante Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que realizan acciones de salud; no son suficientes y no han logrado que todas las personas accedan a la salud.



Ilustración 11 Hospital San Carlos, iniciativa de una orden de corte religioso que brinda atención en salud en el municipio de Altamirano, Chiapas. Fuente: Página oficial Hospital San Carlos, Altamirano, Chiapas MX.

De igual manera se resalta que en el estado de Chiapas los movimientos socio-políticos han mostrado tal relevancia que contribuyen al análisis y establecimiento de política pública en materia de pueblos originarios lo que ha incidido en la percepción de los mismos desde otros espacios; quizá el más emblemáticos de estos movimientos es el levantamiento armado del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) del 1 de enero de 1994.

Este movimiento fue caracterizado al inicio por la búsqueda del cumplimiento de ciertas demandas por el gobierno, que se traducen a la lucha por la justicia social; posteriormente, ante la dificultad de diálogo y garantía de las demandas planteadas, el EZLN inició el ejercicio pleno de la autonomía y libre determinación desde los pueblos donde ellos; dentro de sus posibilidades, garantizan los derechos (educación, vivienda, salud, tierra, paz, libertad, justicia, democracia, alimentación, trabajo, comunicación, libertad, independencia y cultura) a sus bases de apoyo.

En suma, es importante rescatar lo que menciona Ramírez Aguilar respecto a que el

(ezln) y la guerrilla neozapatista de 1994 no se entenderían, precisamente, sin las profundas y persistentes condiciones de desigualdad social, aunadas a la resistencia del mundo indígena frente a viejos y nuevos esquemas de producción extractivos, que agudizaron sus implicaciones con la implantación de las políticas neoliberales. (Ramírez Aguilar,2024)

Así pues, el zapatismo se deja ver como un movimiento social, político e inicialmente armado.

De ello también es importante recordar que el levantamiento del EZLN no ha sido la única movilización social importante en el estado, sino que previo a ello ya existían algunas organizaciones de base social bastante fortalecidas; principalmente campesinas y

religiosas, por ejemplo: la Asociación Rural de Interés Colectivo (ARIC) Unión de Uniones, Coordinadora de Organizaciones Sociales Indígenas Chiapas-México Xinich, Organización Campesina Emiliano Zapata (OCEZ); entre otras, también es preciso resaltar la importante y activa participación de la iglesia católica, principalmente la diócesis de San Cristóbal de Las Casas, con la propuesta de la teología de la liberación³.

Este antecedente de organización social, política y religiosa proporcionaba a la sociedad civil la posibilidad de trabajo comunitario amplio, con una propuesta que incluía la politización de la población y también la organización comunitaria; es así que muchas organizaciones de la sociedad civil e incluso, instituciones gubernamentales toman modelos de trabajo comunitario en estas lógicas; el Instituto Nacional Indigenista entre ellas, donde el Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas (PSCMC) se inserta y posteriormente se extiende del Municipio de Marqués de Comillas al de Ocosingo, principalmente en el Valle de Santo Domingo alrededor del año 1992-93.

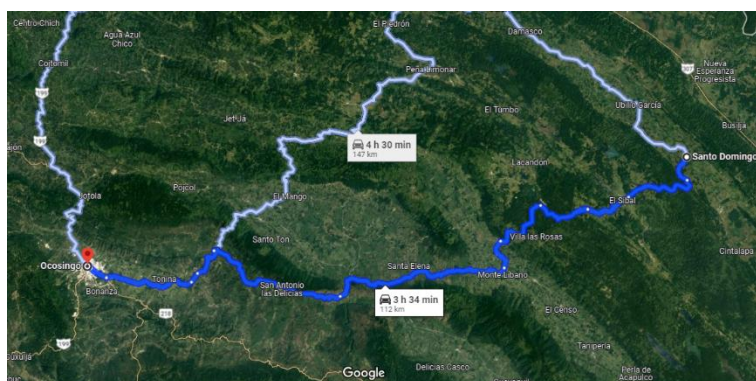


Ilustración 12 Valle de Santo Domingo y Distancia a cabecera municipal Ocosingo.
Fuente: Google Maps

³ Es una corriente de la teología cuya “principal pasión y objetivo es hablar de Dios revelado por Jesús de Nazaret en medio del actual sufrimiento del inocente; y como correlato, busca reconocer los signos de los tiempos en medio de los procesos sociales de liberación que los pobres viven hoy en el seno de la sociedad latinoamericana y caribeña, donde predomina el capitalismo de mercado y la lenta transición a la democracia moderna” Mendoza A.C. “LA Teología de la liberación en México: recepción creativa del concilio Vaticano II” *Theológica Xaveriana* Vol 64, num 177 enero-junio 2014.

Para efectos de esta investigación, esta región se vuelve central puesto que; con el levantamiento armado del EZLN en 1994, se convirtió en una zona importante de población zapatista con el primer municipio autónomo (Ricardo Flores Magón), que continua vigente hasta hoy y que permitió (de cierta manera) que se estableciera el vínculo entre el movimiento autónomo zapatista y la organización Salud y Desarrollo Comunitario.

El clima actual en el estado es referido por diversas organizaciones de la sociedad civil como:

en medio de una diversificación y opacidad de grupos armados que utilizan la violencia para el control social, político, económico y territorial marcada por la continuidad de una estrategia contrainsurgente; así como la impunidad fomentada por actores estatales que abona al despojo, explotación y marginación social (Centro de Derechos Humanos Fray Bartolomé de Las Casas, 2024)

Este panorama ha sido denunciado por la población del estado y diversas organizaciones de la sociedad civil; cabe mencionar que es un ambiente generalizado, sin embargo, en los últimos tres años la situación se ha recrudecido en algunas regiones, particularmente en la Frontera de Chiapas con Guatemala. El conflicto actual, el Grupo de Trabajo Frontera Chiapas lo resume como:

Un conflicto armado no reconocido basado en la disputa territorial de estructuras de la delincuencia organizada por el control de mercancías, servicios, personas, productos legales e ilegales, así como la propia vida de la población local. (Grupo de Trabajo Frontera Chiapas, 2024)

Esto se suma también a lo que ha sido nombrado por algunas organizaciones de la sociedad civil, instituciones educativas y otras como “una crisis humanitaria profunda” (IBERO Puebla, 2024) por el fenómeno de desaparición de personas que está viviendo

el país con más de “114 mil personas desaparecidas y un promedio de 25 nuevos casos diario” (IBERO Puebla, 2024).

Este fenómeno no es ajeno al estado de Chiapas pues también se ha podido observar que esta situación cada vez se vive con mayor frecuencia en la población del estado y que al ser una situación relativamente nueva aún no se tiene identificada plenamente; sin embargo, se ha realizado un esfuerzo por intentar esbozar algunos patrones del fenómeno como son:

la explosión de violencia ligada a la disputa entre la delincuencia organizada ha llevado a un alza de las desapariciones [...], la desaparición de personas en movilidad internacional; los que se presentan alrededor de las realidades de niñas, niños y adolescentes; así como las que emergen el contexto de violencia político-electoral; en el marco de detenciones arbitrarias [...], las relacionadas a la violencia contra las mujeres[...]; de personas defensoras de derechos humanos (Centro de Derechos Humanos Fray Bartolomé de Las Casas, 2024b)

Es importante mencionar que este contexto es reconocido también por el gobernador del estado de Chiapas Eduardo Ramírez Aguilar quien menciona que

el día de hoy Chiapas afronta el complejo y grave problema de la inseguridad, un tema que incide directamente en el tejido social y el desarrollo. La inseguridad, manifestada a través de la violencia, el crimen organizado, el desplazamiento forzado y los conflictos agrarios, no sólo pone en riesgo la integridad y el bienestar de sus habitantes, también frena la inversión y el turismo, aspectos cruciales para su economía. (Ramírez Aguilar, 2024)

Así pues, este contexto no es nada deleznable pues es en el que actualmente sobreviven las y los chiapanecos y les obliga a reconfigurar su estilo de vida; y también obliga a las organizaciones de la sociedad civil a reconfigurar estrategias de acción y trabajo en las comunidades donde tienen presencia.

Para efectos de esta investigación nos centraremos en dos de los 124 municipios del estado de Chiapas que son Ocosingo y Chilón; la selección de estos municipios obedece a que son en los que SADEC ha desarrollado trabajo continuo durante, al menos los últimos 15 años y situación que resultará muy ilustrativa para dar cuenta del impacto que ha tenido la organización en la salud comunitaria.

Ocosingo

Es uno de los 124 municipios del estado de Chiapas, ocupa el 13.1% de la superficie del estado (con 9 580.2 km² es el más grande de todos) y cuenta con un total de 1285 localidades (INEGI,2021). Colinda al norte con los municipios de Chilón, Palenque y la República de Guatemala, al este con la República de Guatemala y los municipios de Benemérito de las Américas y Marqués de Comillas; al sur con Marqués de Comillas, Maravilla Tenejapa, Las Margaritas y Altamirano; al oeste con Altamirano, Oxchuc, San Juan Cancuc y Chilón (INEGI,2010).

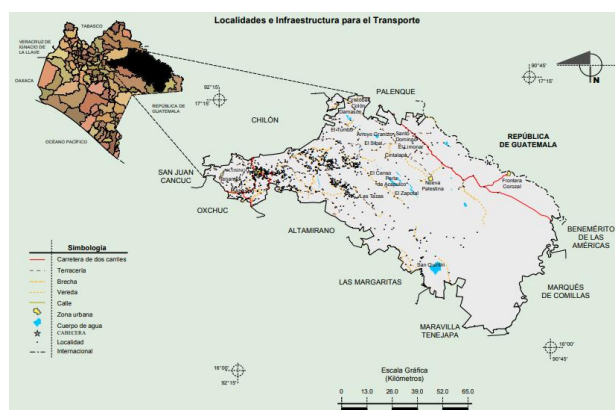


Ilustración 13 Fuente: INEGI. Compendio de información geográfica municipal 2010.

Ocosingo, Chiapas. 2010

Ocosingo, está incluido dentro de la región económica XII “Selva Lacandona” de la clasificación Municipal y Regional del estado. Esta división es reconocida por la Constitución Política del Estado de Chiapas en sus artículos 2 y 46 y también por la Ley Orgánica de la Administración pública del Estado de Chiapas en su artículo 24. (Gobierno del Estado de Chiapas, 2013)

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2020, Ocosingo cuenta con 234,661 habitantes que se encuentran distribuidos en 50.7% mujeres y 49.3% hombres; la edad mediana de la población es de 20 años. En lo que tiene que ver con etnicidad el 73.21% de la población es hablante de alguna lengua indígena; las lenguas indígenas más frecuentes son el Tseltal (91.8%) y Ch’ol (5.4%). El 21.51% de la población de Ocosingo es indígena y monolingüe (INEGI,2021).

Población total	
234 661	representa el 4.2 % de la población estatal
Relación hombres-mujeres	97.3
Existen 97 hombres por cada 100 mujeres.	
Edad mediana	20
La mitad de la población tiene 20 años o menos.	
Razón de dependencia	73.5
Existen 73 personas en edad de dependencia por cada 100 en edad productiva.	

*Ilustración 14 Fuente: INEGI Panorama Sociodemográfico de México 2020
Chiapas*

Lo anterior deja en visto que la mayoría de la población del municipio de Ocosingo es joven y perteneciente a una etnia principalmente Tseltal o Ch’ol; así como que la mayoría de la población son mujeres.

En lo que tiene que ver con educación los principales grados académicos de la población de Ocosingo fueron Primaria (40.1%), Secundaria (30.9%) y Preparatoria o Bachillerato

General (21.2%); el 21.6% de la población del municipio es analfabeta (Gobierno de México, 2024).

En contraste a lo anterior, que refleja la riqueza cultural con la que cuenta el municipio de Ocosingo, la CONEVAL refiere en la medición de Pobreza Municipal de 2020 que el municipio cuenta con un total de 209,226 personas en situación de pobreza y ocupa el lugar 39 de los municipios a nivel estatal (CONEVAL,2021).

Esta situación se modifica cuando se habla de pobreza extrema, ya que Ocosingo se encuentra en el lugar 5 a nivel nacional de municipios con mayor número de personas en situación de pobreza extrema (CONEVAL, 2021). Al traducirse esta cifra en porcentajes equivale al 46.3% de la población del municipio (CONEVAL, 2021).

Sobre el tema de salud INEGI reportó en el censo 2020, que el 69.5% de la población del municipio contaba con afiliación a algún servicio de salud, siendo INSABI el que cuenta con mayor número de población afiliada (61.3%). (INEGI,2021). Esta situación es similar a lo reportado de promedio estatal.

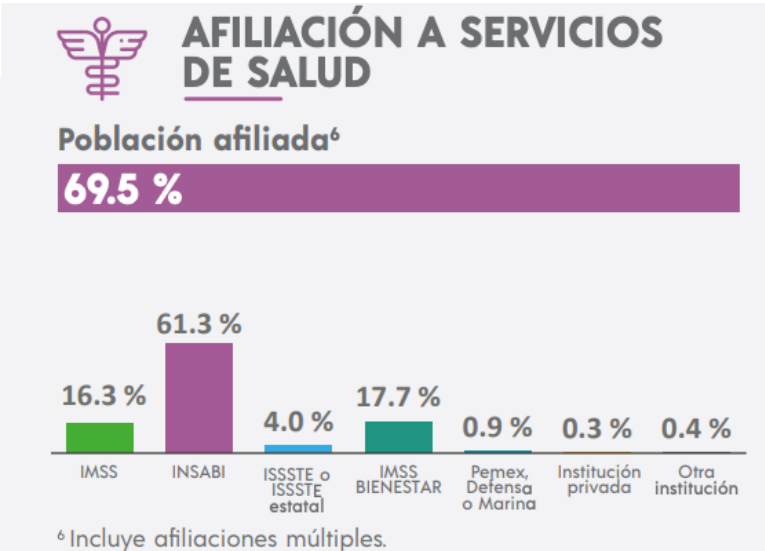


Ilustración 15 Fuente: INEGI Panorama Sociodemográfico de México 2020 Chiapas

El municipio cuenta con una cultura mixta, siendo las expresiones más floridas las tseltales; en lo que respecta al levantamiento armado del EZLN en 1994; fue una de las cabeceras municipales tomadas el 1 de enero, donde se desarrolló *“la batalla de Ocosingo [que] fue la más sangrienta. Por tres motivos: allí el EZLN tuvo que librar un combate inesperado, fue la única batalla que enfrentó a los dos ejércitos dentro de una ciudad y un número indeterminado de civiles estuvo bajo el fuego.”* (Jiménez Ricárdez, 1994) Esto se vuelve relevante también porque muchas de las tierras recuperadas por el EZLN durante el levantamiento se encontraban en ese municipio y fue ahí donde se comenzaron a establecer las comunidades autónomas zapatistas.



Ilustración 16 Indígenas Rebeldes Zapatistas en Cabecera Municipal de Ocosingo enero 1994. Fuente: Artículo periodístico Excelsior <https://www.excelsior.com.mx/nacional/ezln-30-anos-lucha-6-gobiernos-ajeno-clase-politica/1627991>

Posteriormente, con la fundación de los primeros 5 caracoles zapatistas en el 2003, el municipio de Ocosingo albergó la sede de uno de estos y después con la reestructuración ocurrida en 2019, el municipio alberga 5 caracoles zapatistas; uno ya existente desde 2003 (La Garrucha) y cuatro recién inaugurados:

- *Nuevo caracol, su nombre **Colectivo el corazón de semillas rebeldes, memoria del Compañero Galeano**. Su Junta de Buen Gobierno se llama: **Pasos de la historia, por la vida de la humanidad**. Su sede es La Unión. Tierra recuperada. A un lado del ejido San Quintín, donde está el cuartel del ejército del mal gobierno. Municipio oficial de Ocosingo.*
- ***Caracol Nuevo**. Su nombre es: **Floreciendo la semilla rebelde**. Su Junta de Buen Gobierno, se llama: **Nuevo amanecer en resistencia y rebeldía por la vida y la humanidad**. Su sede es en el Poblado Patria Nueva, tierra recuperada. Municipio oficial de Ocosingo*
- ***Nuevo Caracol**. Su nombre es: **En Honor a la memoria del Compañero Manuel**. Su Junta de Buen Gobierno, se llama: **El pensamiento rebelde de los pueblos originarios**. Su sede es en el Poblado Nuevo Jerusalén. Tierra recuperada. Municipio oficial de Ocosingo.*
- ***Otro Nuevo Caracol**. Su nombre es: **Resistencia y Rebeldía un Nuevo Horizonte**. Su Junta de Buen Gobierno, se llama: **La luz que resplandece al mundo**. Su sede es en: Dolores Hidalgo. Tierra recuperada. Municipio oficial de Ocosingo. (Subcomandante Insurgente Moisés, 2019)*

Todo ello genera una configuración social y política del movimiento autónomo zapatista diferente, y también en tema de salud mueve piezas importantes puesto que, cada caracol debería contar con su propia clínica regional.

Ello genera dinámicas diferentes en las comunidades de las bases de apoyo, pero también en la coordinación con las organizaciones que colaboran con el movimiento, como es el caso de SADEC; que antes se coordinaba únicamente con 1 caracol puesto que todas las comunidades con que interactuaba se encontraban en el mismo, y a partir de la reestructuración tuvo que coordinarse con 4 caracoles diferentes.

Chilón

Se ubica en la región económica XIV “Tulijá Tseltal Ch’ol” (Gobierno del Estado de Chiapas, 2013); colinda al norte con los municipios de Yajalón, Tumbalá, Salto de Agua y Palenque; al este con el municipio de Ocosingo; al sur con los municipios de Ocosingo y San Juan Cancuc; al oeste con los municipios de San Juan Cancuc, Sitalá, Pantelhó y Yajalón (INEGI,2011).

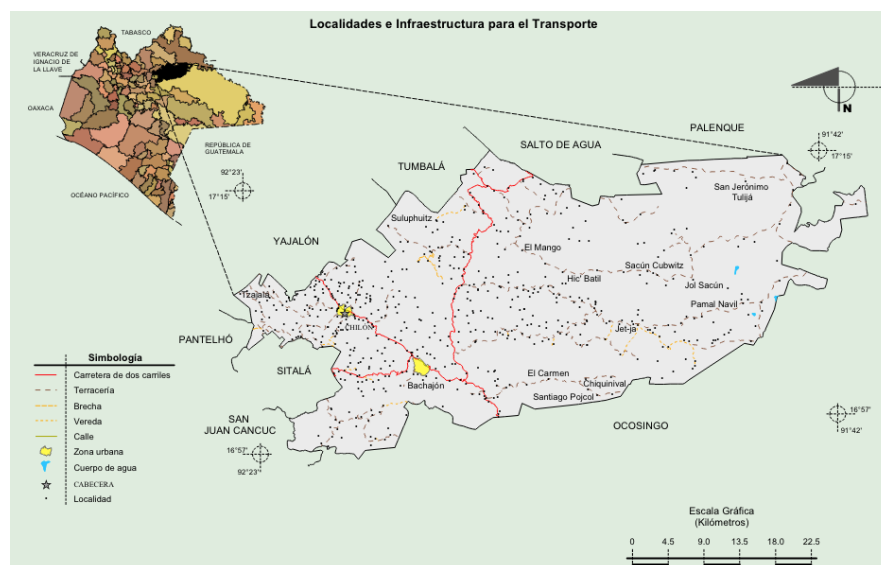


Ilustración 17 Fuente: INEGI. Compendio de información geográfica municipal 2010.

Chilón, Chiapas. 2010

Según el Censo de Población y vivienda 2020, Chilón tiene una extensión territorial de 1,674.5 km² que equivale al 2.3% de la superficie del estado que se distribuye en 687 localidades. Cuenta con una población total de 137,262 personas que se distribuyen en 49% hombres y 51% mujeres y la edad media de la población es de 18 años. Del total

de la población, un 93.44% hablan alguna lengua indígena, siendo mayoritario el porcentaje de lengua Tseltal (99.8%) y Ch’ol solamente el 0.1% de la población; de la totalidad de personas hablantes de lengua indígena el 34.97% es monolingüe (INEGI,2021).

Población total	
137 262	representa el 2.5 % de la población estatal
Relación hombres-mujeres	96.2
Existen 96 hombres por cada 100 mujeres.	
Edad mediana	18
La mitad de la población tiene 18 años o menos.	
Razón de dependencia	81.6
Existen 81 personas en edad de dependencia por cada 100 en edad productiva.	

Ilustración 18 Fuente: INEGI Panorama Sociodemográfico de México 2020 Chiapas

Según los datos previamente presentados podemos decir que la mayoría de la población del municipio de Chilón son mujeres, jóvenes indígenas principalmente Tseltales. De igual forma es preciso mencionar que en este municipio la razón de dependencia es muy alta; es decir, hay un alto número de personas que dependen económicamente de otras. De acuerdo a lo reportado por la Secretaría de Economía; en 2020, los principales grados académicos de la población de Chilón fueron Primaria (44.8%), Secundaria (27.8%) y Preparatoria o Bachillerato General (23.5%) y el 26.6% de la población es analfabeta (Gobierno de México, 2024).

Sobre la Medición de Pobreza Municipal, realizada por la CONEVAL en el 2020 Chilón ocupa el lugar número 15 en grado de pobreza, ya que el 96.9% de su población se encuentra en esta situación (CONEVAL, 2021). De igual manera, en la Medición de Pobreza Municipal Chilón se ubica como el noveno municipio a nivel nacional con mayor

número de personas en pobreza extrema (CONEVAL 2021), que se traduce en 53.2% (CONEVAL,2021).

Finalmente, con lo que corresponde a la afiliación de las personas del municipio a servicios de salud INEGI reportó en el año 2020 que el 75.5% de la población se encuentra afiliada a algún servicio de salud. De la distribución acorde a la institución el 87.6% del total se encuentra afiliada a servicios de INSABI. (INEGI,2021)

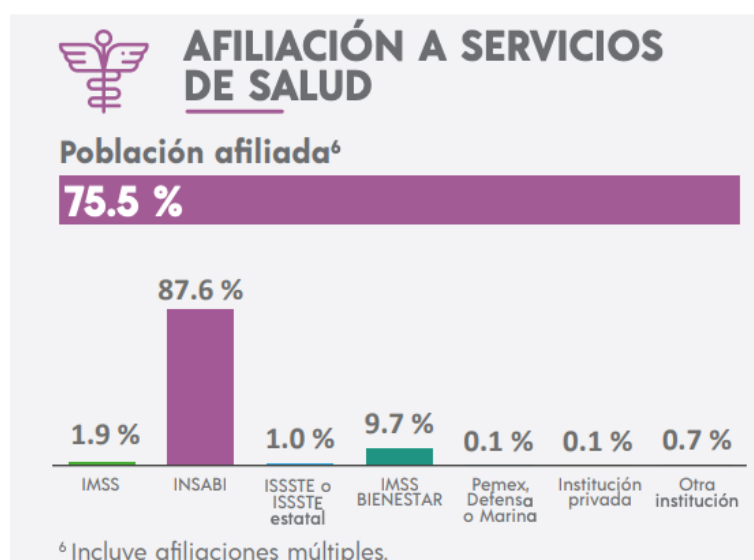


Ilustración 19 Fuente: INEGI Panorama Sociodemográfico de México 2020 Chiapas

Así pues, podemos describir que los municipios en donde se trabajó para desarrollar esta investigación son de un alto valor cultural al contar con un porcentaje por arriba del 70% de población indígena, contrastado con un alto grado de pobreza de acuerdo a lo referido por las instituciones gubernamentales y una afiliación a servicios de salud por arriba del 60%, siendo INSABI la institución que cuenta con mayor afiliación.

También es importante mencionar que en el estado de Chiapas en general CONEVAL reportó que para el año 2019 se contaba con un promedio de 10.6 médicos especialistas y generales en contacto con paciente por cada 10,000 habitantes; lo cual contrasta con

el promedio nacional que es de 14 por cada 10,000 habitantes; mientras que lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud es de 30 médicos por cada 10,000 habitantes.

Es decir, que si bien es cierto que la tasa nacional está muy por debajo de la recomendación de la OMS, la tasa del estado de Chiapas es mucho menor a la nacional lo cual refuerza las brechas de acceso y se refleja en un obstáculo para lograr la garantía del derecho a la salud de la población.

Resulta importante mencionar que la presencia del EZLN en el territorio de este municipio ya estaba instalada desde los años previos a 1994 en la clandestinidad; sin embargo, la reconfiguración del EZLN en 2019 amplió la influencia en el mismo (Becerril, 2019).

Lo anterior fundamentado en que, ya existían comunidades que formaban parte de las bases de apoyo zapatistas, sin embargo el 19 de agosto de 2019 el Comité Clandestino Revolucionario Indígena- Comandancia General del EZLN (CCRI- CG EZLN) informó sobre la creación de un “***Nuevo Municipio Autónomo, se llama: 21 de Diciembre. Su sede es en Ranchería K’anal Hulub. Municipio oficial de Chilón***” (Subcomandante Insurgente Moisés, 2019); esto podría pasar desapercibido sin embargo toma relevancia puesto que el municipio citado se convirtió en el referente de una de las comunidades que fue analizada en la presente investigación.

En ese contexto también resulta importante reconocer la presencia histórica de la Misión de Bachajón; quienes han trabajado desde 1958 de la mano de la iglesia (principalmente con Jesuitas) y que han desarrollado toda una propuesta integral de “desarrollo rural” y cambio social a partir de las bases eclesiales y el trabajo con las comunidades.



Ilustración 20 Programas de la Misión de Bachajón. Fuente: página oficial Misión Bachajón <https://www.misionbachajon.org/>

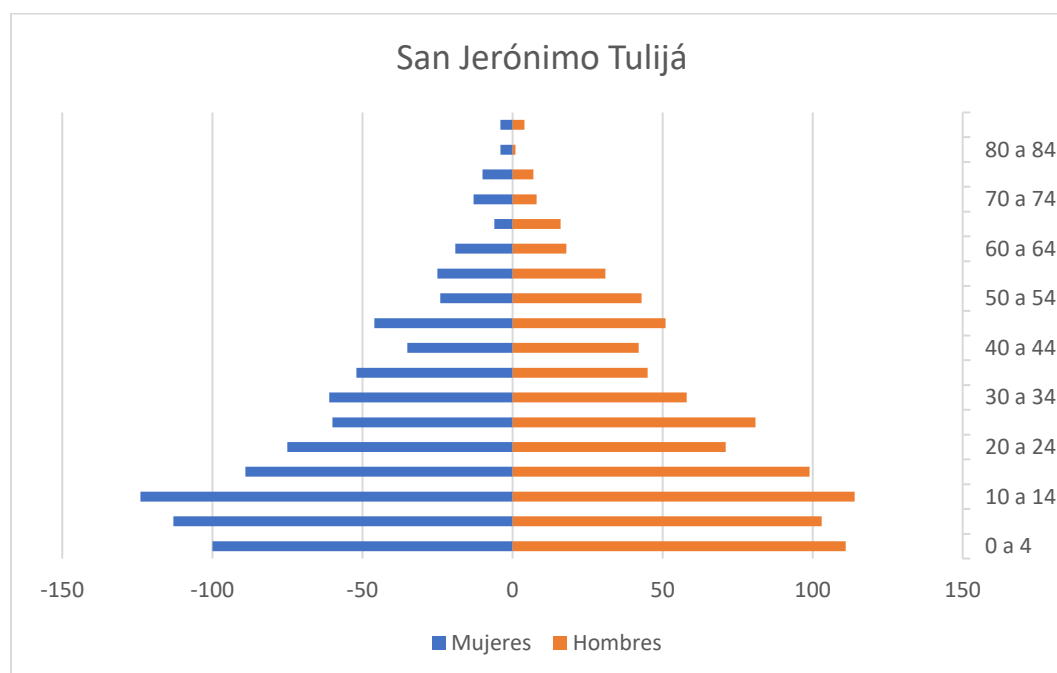
De ello es importante mencionar que, la misión

lleva más de 60 años trabajando para mejorar en lo posible la vida de estos indígenas, además de fomentar su desarrollo. Para ello han pasado de atender aspectos aislados de la vida para concebir el desarrollo como un proceso integral de todos los factores presentes en la comunidad, en lo que ellos llaman “armonía”: salud física, ambiental y social junto con espiritualidad e interculturalidad. (Consejo Episcopal Latinoamericano, 2016)

Así pues, esta región ha sido históricamente acompañada por organizaciones de la sociedad civil y ha sido parte de organizaciones y movilizaciones sociales importantes; siempre con la perspectiva de derechos humanos y desde la interculturalidad como objetivo principal en esta construcción de relaciones.

San Jerónimo Tulijá, Chilón Chiapas.

San Jerónimo Tulijá es un ejido que se encuentra en el municipio oficial de Chilón; según lo referido en el censo de población y vivienda de 2020 contaba con una población total de 1763 personas que se distribuyen en 48.8% mujeres y 51.2% hombres. La distribución etaria de la población aún se encuentra en distribución de pirámide de base amplia lo que indica que el grueso de la población se encuentra en edades jóvenes. (INEGI, 2021)

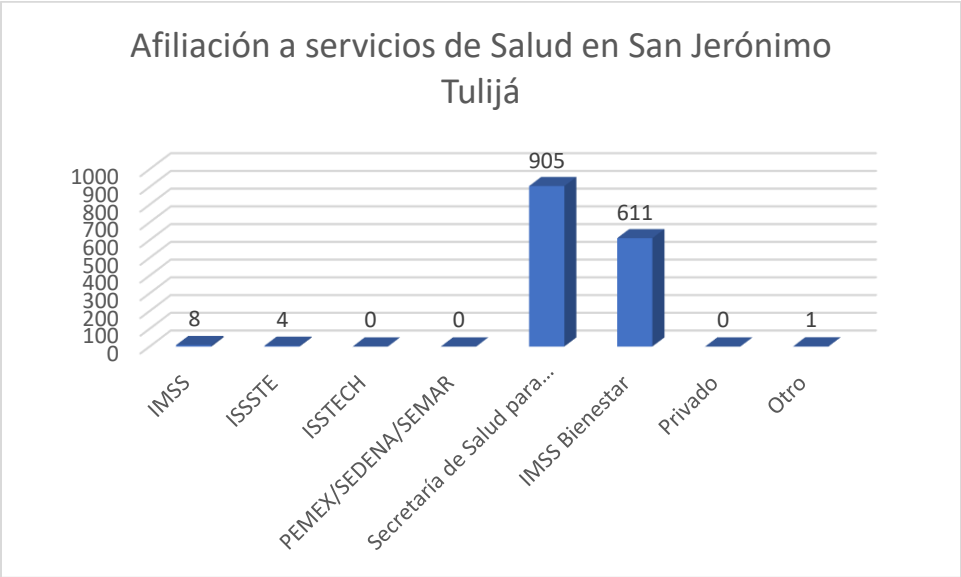


Gráfica 1 Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI, 2020

Del total de la población el 85.9% (1515) es hablante de una lengua indígena; la lengua predominante en la región es el Tseltal. También es importante resaltar que de la totalidad de las personas que habitan en San Jerónimo Tulijá el 8.8% son monolingües (133) (INEGI, 2021)

En términos de salud el censo nacional de población y vivienda 2020 reportó que un total de 235 personas no contaban con afiliación a ningún servicio de salud, mientras que el

86.7% de la población se encuentra afiliada a algún servicio de salud; siendo la Secretaría de Salud para el Bienestar la institución que cuenta con mayor población afiliada.



Gráfica 2 Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI, 2021

La localidad cuenta con una Unidad de Medicina Rural (UMR) del IMSS Bienestar y una “Clínica Autónoma” que brindan servicios de atención en salud de primer nivel de atención. En suma a lo anterior, en el ejido se encuentran farmacias en las que personas que en algún momento fueron capacitadas como promotores de salud (autónomos o por el IMSS), brindan servicios de consulta médica y recetan medicamentos.

Este ejido cuenta con una población que se reconoce como bases de apoyo del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (BAEZLN), en los años posteriores al levantamiento armado del EZLN, formó parte del primer municipio autónomo de Flores Magón y contó con apoyo de la sociedad civil nacional e internacional para la implementación de las propuestas autonómicas de la organización.

En el año 2007, se construyó la Clínica Autónoma Murcia Elisa Irina Sáenz Garza, que se convirtió en la clínica regional que brinda atención en salud al ejido San Jerónimo Tulijá y 11 comunidades y rancherías que se encuentran alrededor; en el ejido también existe la escuela autónoma y se constituye lo que es reconocido como Gobierno Autónomo Local (GAL).



Ilustración 21 Equipo de salud comunitaria Clínica Autónoma Murcia; promotores de salud y médica (2008). Fuente: archivo histórico SADEC

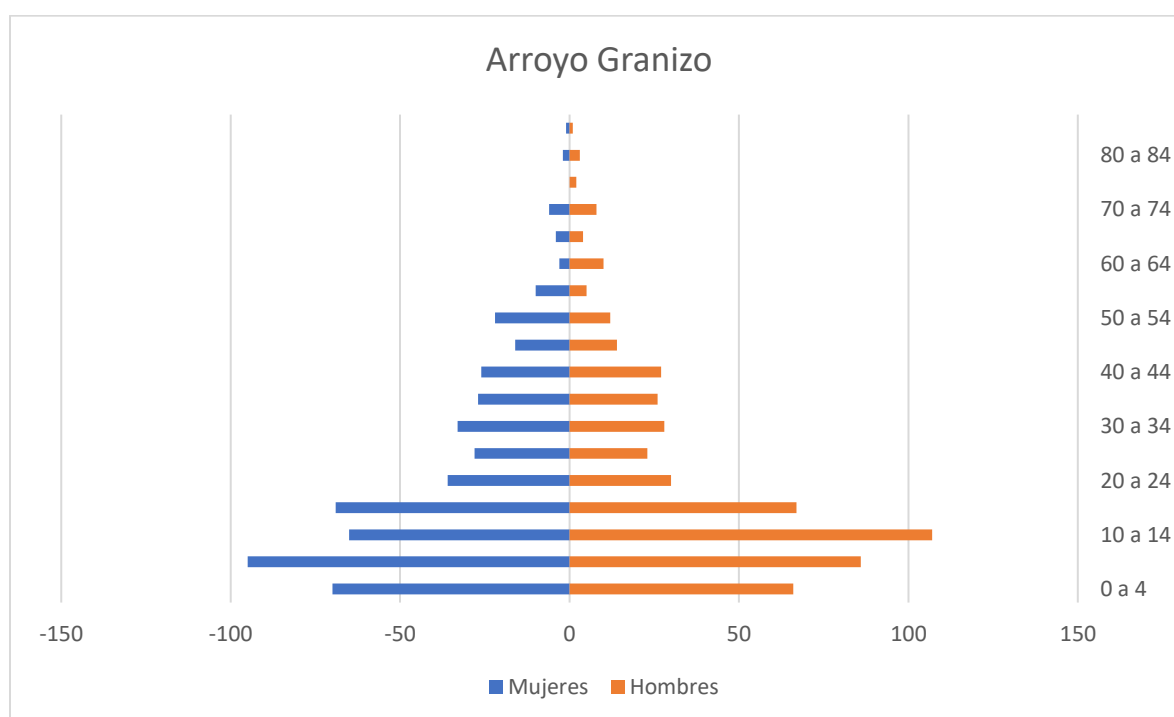
San Jerónimo Tulijá cuenta actualmente con la convergencia en el ejido de población civil (partidista como le llama la población autónoma), Bases del EZLN y población que pertenece a un movimiento regional llamado Gobierno Comunitario, que tienen como sede principal la cabecera municipal del municipio de Chilón; y que cuentan con una similitud de posicionamiento político, religioso y de vida con el zapatismo.

Esta estructura comunitaria convive en el ejido de manera pacífica y colaborativa desde la comunidad y cosmovisión Tseltal; ejerciendo mecanismos comunitarios de

autogobierno apegados a lo descrito desde la legalidad del ejido con asambleas en las que participa toda la población; fortaleciendo así la postura del campesinado.

Arroyo Granizo, Ocosingo Chiapas

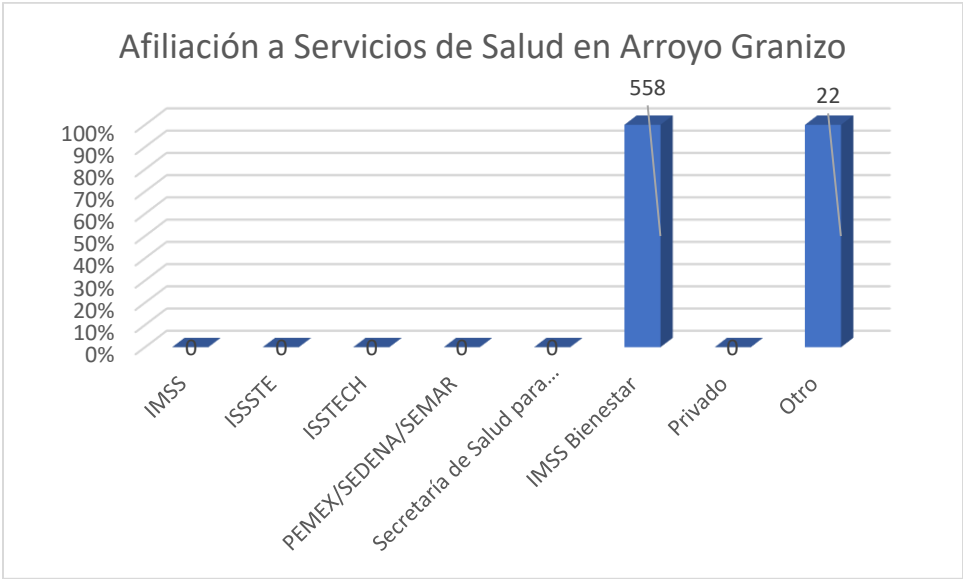
Se trata de un ejido que se encuentra en el municipio oficial de Ocosingo; cuenta con una población total de 1032 habitantes de las cuales 51.4% son mujeres y 48.6% son hombres. La pirámide poblacional tiene una distribución de base ancha a punta pequeña; esta indica que la mayor parte de la población se encuentra en edades jóvenes. (INEGI,2021)



Gráfica 3 Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI 2021

En el ejido arroyo Granizo un total de 941 habitantes son hablantes de alguna lengua indígena, lo que equivale al 91.2% de la población; de estas personas un 42.6% son monolingües. El pueblo originario que predomina en la región es Tseltal. (INEGI, 2021)

En lo que respecta a la atención en salud, el censo de población y vivienda 2020 de INEGI, reporta que en la localidad 452 personas no se encuentran afiliadas a ningún servicio de salud, mientras que 580 cuentan con algún tipo de afiliación de la que destaca el IMSS Bienestar con mayor número de personas inscritas.



Gráfica 4 Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI 2021

Esta distribución de la población afiliada refleja que el 56.2% de la población cuenta con afiliación a algún servicio de salud. De ello cabe destacar que el ejido cuenta con un Centro de salud que corresponde a la Secretaría de Salud para el Bienestar y una llamada “Clínica Autónoma” que brindan servicios de atención médica de primer nivel de atención. En el ejido también existe el servicio de atención en salud por parte de personas que fueron capacitadas como promotores de salud y que recetan medicamentos; resulta

importante mencionar también, que en el ejido vecino (Santo Domingo) se encuentra instalado un Hospital Básico Comunitario que está a cargo de la Secretaría de Salud para el Bienestar y cuenta con servicios de atención básicos como consulta externa, urgencias, cirugías programadas, atención dental y laboratorio clínico.



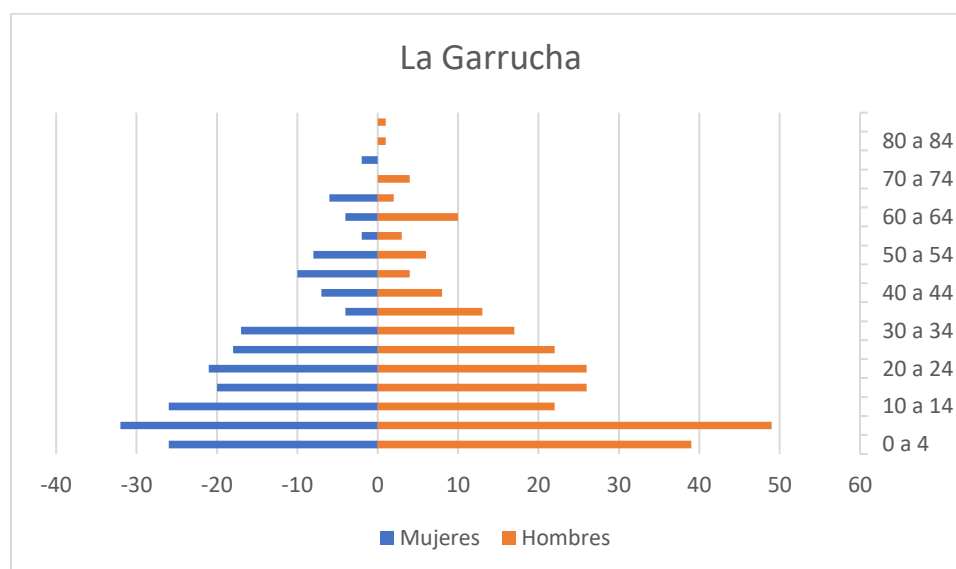
Ilustración 22 Personal de salud comunitario clínica autónoma Lorenzo Espinoza; promotores de salud, parteras, médicos y dentista (2014). Fuente: archivo personal.

El ejido cuenta con población que se denominan Bases de apoyo del EZLN y convive con población que forma parte de la organización de base social Xinich, que cuenta con una larga historia de lucha social, incluso previa al levantamiento armado de 1994; en el ejido también hay población que no se encuentra adscrita a una organización social. Toda la población convive en el ejido y en los ejercicios autonómicos ejidales de las asambleas

se da la convergencia de todas y todos con la construcción colectiva de la sociedad y el campesinado.

La Garrucha, Ocosingo Chiapas

La comunidad de La Garrucha, se encuentra ubicada en el municipio oficial de Ocosingo; cuenta con una población total de 456 habitantes que se encuentran distribuidos en 44.5% mujeres y 55.5% hombres. La distribución de la población aún es en pirámide con la mayor población entre los 0 y 30 años.

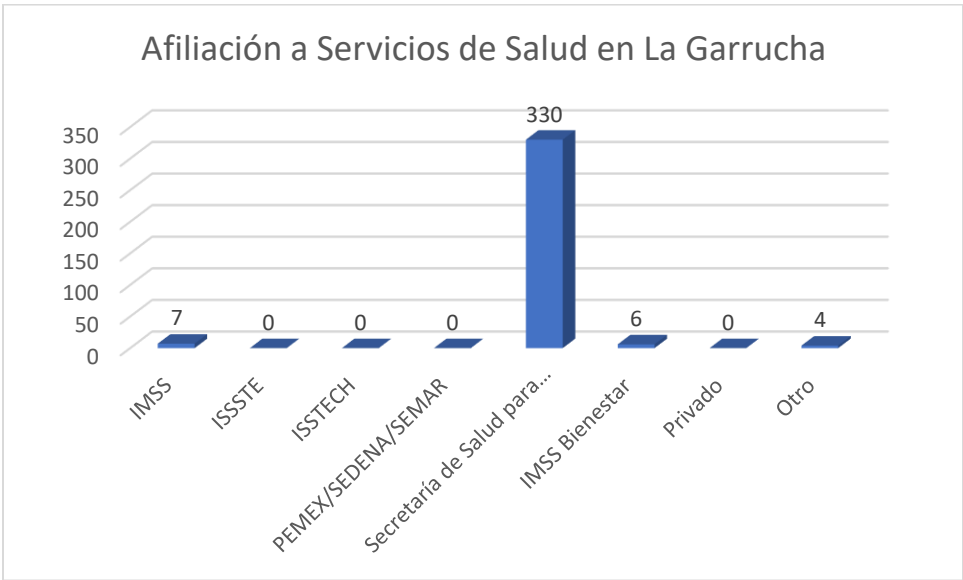


Gráfica 5 Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI 2021

Un 87.3% de la población del ejido es hablante de alguna lengua indígena (398), de ellas 88 personas son monolingües (22.1%); en la región la etnia predominante es Tseltal, no obstante hay personas que son de origen Ch'ol, tojolabal, Tsotsil u otras (INEGI, 2021).

En lo que respecta a la atención en salud la población que no cuenta con afiliación a ningún servicio de salud equivale el 23.9% (109). De las personas que cuentan con

afiliación a algún servicio de salud el que cuenta con mayor cobertura es Secretaría de Salud para el Bienestar (INEGI, 2021)



Gráfica 6 Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI, 2021

En la comunidad se encuentra una clínica autónoma zapatista que se encuentra dentro de las instalaciones de lo que era llamado “caracol”; este espacio brinda consulta de primer nivel de atención, realiza atención de partos y traslado de pacientes a segundo nivel de atención en caso de ser necesario; también cuenta con atención dental. El servicio público de salud se encuentra en la comunidad de Patihuitz donde está ubicado un centro de salud que está a cargo de la Secretaría de Salud para el Bienestar; este centro de salud se encuentra a 4.6 km de distancia.

Esta comunidad cuenta con población que se reconoce como Bases de Apoyo del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (BAEZLN); así mismo es la sede de lo que hasta el año 2023 fuera la Junta de Buen Gobierno (JBG); puesto que en ese año mediante un comunicado “El Capitán” dio a conocer que dichas entidades serían

disueltas dentro del movimiento zapatista para pasar a un ejercicio de gobiernos locales (El Capitán, 2023)

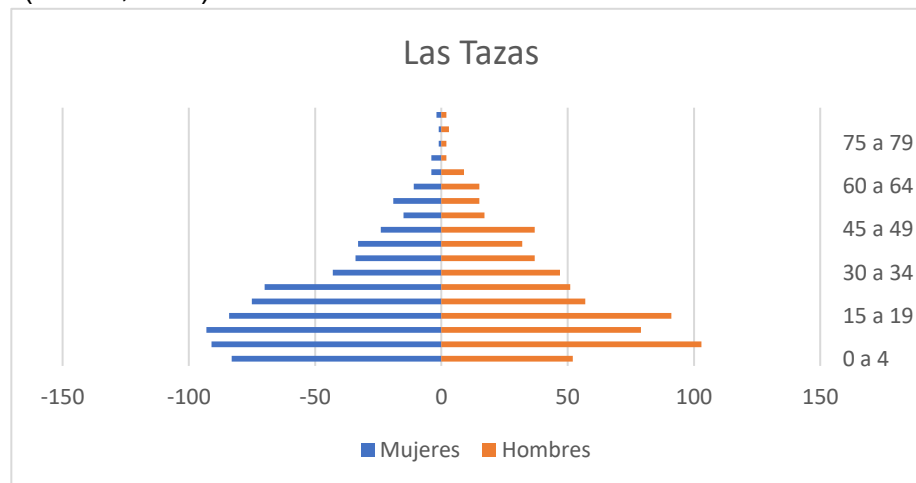


Ilustración 23 instalaciones de la JBG la Garrucha (2017). Fuente: archivo personal.

El espacio del Caracol Autónomo Zapatista ha sido importante para la comunidad puesto que ha implicado la presencia de múltiples organizaciones de la sociedad civil y personas solidarias de México y el mundo. De igual forma ha implicado que la comunidad tenga sus particularidades como un cuartel militar cercano, transporte más continuo, actividades culturales propias del movimiento zapatista e incluso un poco de turismo.

Las Tazas, Ocosingo Chiapas

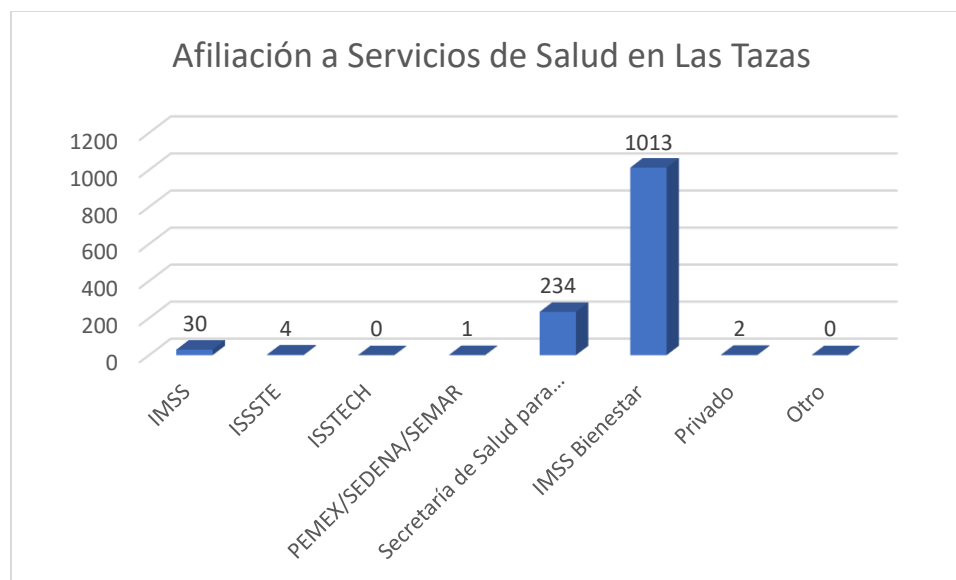
La comunidad se encuentra en el municipio oficial de Ocosingo, actualmente es considerada aún como parte del corazón de la selva. Esta comunidad cuenta con una población total de 1338 personas que se distribuyen por sexo en 51.4% mujeres y 48.6% hombres. (INEGI,2021)



Gráfica 7 Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI 2021

La distribución de la población se encuentra mayoritariamente en infancias y edades jóvenes. De ello resulta importante también rescatar que el censo de población y vivienda de 2020 reflejó que 91.5% de la población del ejido Las Tazas (1224 personas), de 3 años y más son hablantes de una lengua indígena, siendo la mayoría Tseltales.

En lo que atiende al acceso a servicios de salud del total de la población un 93.8% refiere contar con afiliación a algún servicio de atención, siendo IMSS Bienestar quien cuenta con mayor porcentaje de población afiliada (80.7%)



Gráfica 8 Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI, 2021

En la comunidad se cuenta con servicio de atención en salud un tanto diversificado puesto que cuenta con una Unidad Médica Rural del IMSS Bienestar, también se encuentra ahí instalada una Clínica Autónoma Zapatista que recientemente (febrero, 2024) ha dejado de brindar atención médica y también en la comunidad se encuentran instaladas varias casas de salud que son atendidas por personas que fueron capacitadas como promotores de salud y que cuentan con pequeñas farmacias para dar tratamiento a las personas.

El ejido cuenta con una historia amplia en torno a las organizaciones de base civil puesto que desde los 80's fungió como cede de la Asociación Rural de Interés Colectivo (ARIC) que tuvo mucha fuerza en la región, llegando a contar con una clínica comunitaria que daba atención médica mediante promotores de salud que fueron formados por la diócesis de San Cristóbal de Las Casas y por la organización; también contaba con la presencia ocasional de médicos solidarios con las causas sociales que acudían a dar consulta.

Posteriormente con el levantamiento zapatista una parte de la población del ejido se volvió BAEZLN y tomaron a su cargo la clínica comunitaria que hasta la actualidad se mantiene.



Ilustración 24 Personal de Servicio Social Universitario en la Clínica Autónoma de Las Tazas (2015). Fuente: archivo personal

Panorama epidemiológico

Durante los años que SADEC ha trabajado en la región se ha encargado de realizar una caracterización de la población con la que trabaja; esto se ha vuelto importante puesto que aparte de permitir conocer con quién/quienes se está trabajando, también ha ayudado a visibilizar las áreas de oportunidad para mejorar las condiciones de salud de la población.

Así pues puedo presentar la siguiente tabla que habla del perfil epidemiológico de los últimos 10 años de trabajo de SADEC en las comunidades donde ha colaborado, siendo constantes las 4 comunidades que se han descrito en apartados previos:

2013	2014	2017	2018	2019
•Infección de vías respiratorias superiores (IVRS) •Infección de Vías Urinarias bajas (IVU) •Parasitosis •Gastroenteritis infecciosa (GEPI) •Rinofaringitis	•GEPI •IVU •Gastritis •Parasitosis intestinal •Sobrepeso y Obesidad	•IVRS •IVU •Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) •Parasitosis intestinal •Trastornos Osteomusculares	•IVRS •EDA •Parasitosis Intestinal •IVU •Trastornos osteomusculares	•IVRS •EDA •IVU •Trastornos de alimentación (sobrepeso y obesidad) •Padecimientos crónicos
2020	2021	2022	2023	
•Trastornos Genitourinarios •Alteraciones Digestivas •Trastornos osteomusculares •IVRS •Patologías relacionadas con el embarazo	•Trastornos Genitourinarios •IVRS •Alteraciones Ginecológicas •Alteraciones digestivas •Padecimientos crónicos	•IVRS •Alteraciones digestivas •Padecimientos crónicos •Trastornos genitourinarios •Alteraciones ginecológicas	•IVRS •Alteraciones Digestivas •Padecimientos crónicos •EDA •Alteraciones Genitourinarias	

Tabla 1 Perfil epidemiológico 2013-2023 Fuente: elaboración propia con información de base de datos SADEC

Resulta importante mencionar que no se incluyen los años 2015 y 2016 puesto que la organización no cuenta con la información correspondiente a esos años; esto es importante puesto que se muestra como un obstáculo para realizar una evaluación de manera continua en la dinámica del perfil epidemiológico de las comunidades donde SADEC colabora.

Respecto a los datos existentes se puede evidenciar un patrón epidemiológico que coincide con la dinámica nacional y estatal según lo reportado en cifras oficiales; en suma a ello resulta importante mencionar que en todos los casos la principal patología registrada tiene un origen infeccioso; en las cuales, se debe retomar que

las enfermedades transmisibles afectan desproporcionadamente a las comunidades con recursos limitados y se vinculan con una compleja variedad de determinantes de la salud que se superponen, como la disponibilidad de agua potable y saneamiento básico, las condiciones de la vivienda, los riesgos del cambio climático, las inequidades por razones de género, los factores socioculturales y la pobreza, entre otros” (Organización Panamericana de la Salud, 2025b)

En otro orden de ideas resulta importante hacer notar la creciente aparición de padecimientos crónico degenerativos en la población; que también coincide con las cifras nacionales y estatales, pero que se vuelve preocupante puesto que se manifiesta con cambios orgánicos y funcionales que requieren intervención en salud de manera continua, para así frenar el deterioro de los cuerpos de las personas; así pues, esto nos lleva invariablemente al panorama de servicios de salud del estado y particularmente de las regiones, donde no solamente no hay disponibilidad sino que tampoco hay insumos para atención en salud.

Así pues, podemos decir en un sentido estricto inicial que las intervenciones que SADEC realiza en las comunidades; en medida que van orientadas a una construcción colectiva que incida en la vida de las personas, después de 30 años sigue siendo vigente puesto que las principales enfermedades que se presentan en las comunidades se pueden relacionar de manera directa con las condiciones de vida y vivienda de la población; que se ven impactada por múltiples factores incluidos los climáticos.



Ilustración 26 Camino a ejido Las Tazas posterior a las inundaciones de noviembre 2021. Fuente: archivo Personal

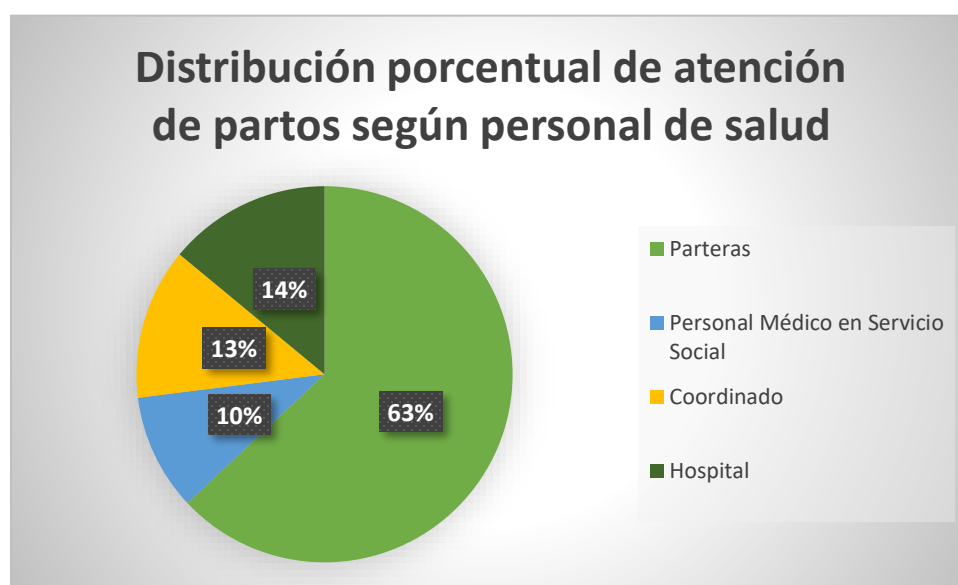


Ilustración 25 Centro de población Canalulub (2022). Fuente: MPSS Edgar

Otro aspecto importante sobre el perfil epidemiológico es la mortalidad materna; ésta vista no solamente como la muerte de una mujer embarazada, sino desde un análisis multidimensional de las causales y condicionantes que derivan en que un proceso de vida, termine en muerte.

Este indicador es importante a nivel internacional, dado que forma parte de los objetivos del desarrollo sustentable; a nivel nacional es relevante puesto que durante años se ha intentado normar y construir política pública en torno a la problemática con lineamientos que busquen su disminución; esto es relevante para esta investigación, ya que Chiapas desde hace más de 30 años se ha mantenido dentro de los primeros 5 estados con mayor número de muertes maternas y con más alta tasa de natalidad a nivel nacional.

De ello es preciso mencionar que SADEC ha realizado una documentación de la atención de partos en 8 comunidades en el periodo que corresponde a 2012-2019; éste comprende lo siguiente “*Arroyo Granizo, San Jerónimo Tulijá y Las Tazas presentan registros en todo el periodo; El Guanal, Jolnixtie y San Marcos tienen registros de 2008 a 2011 y Emiliano Zapata y La Garrucha de 2012 a 2019*” (Heredia Cuevas, 2022a) de ella en conclusión se reportaron un total de 1706 partos atendidos en las comunidades citadas con la distribución porcentual de las mismas de la manera siguiente:



Gráfica 9 distribución porcentual de atención de partos según personal de salud.
Fuente: Heredia Cuevas 2022

De estos partos que fueron registrados en el periodo de tiempo previamente mencionado, únicamente se reportó una muerte materna; ello puede ser leído desde muchas perspectivas; pero la más simplista quizá es el registro de razón de muerte materna de 1x 1706 partos, con lo que hablamos de una estadística importante; sin embargo, para este punto es importante comenzar a hablar del proceso de coordinación del personal médico en servicio social con las parteras tradicionales que se encuentran en las comunidades y que realizan un trabajo de atención colaborativo.

Este ejercicio realizado en las comunidades donde SADEC colabora es en buena medida una *“suma de prácticas, tradicional y alópata, la interacción de saberes, habilidades, experiencias de parteras-médica(o)”* (Heredia Cuevas, 2022a) que permite que se den atenciones en el marco de un ejercicio intercultural que permite la fusión de las habilidades, capacidades, conocimientos, enfoques e incluso espiritualidades en búsqueda de un fin común que es la adecuada resolución del parto.

Esta situación si bien es cierto que no es la resolución al problema de la muerte materna, si *“deja ver capacidades de uno y otro lado, que sumadas evitan las muertes maternas”* (Heredia Cuevas, 2022a); así pues si bien no podemos decir que las intervenciones de la organización han incidido de manera directa en el comportamiento de la mortalidad materna, sí podríamos decir que han establecido un modelo de cooperativismo que es un paso importante en la construcción de la salud comunitaria y que, deja ver una relación bidireccional con un flujo continuo entre el modelo médico hegemónico (alópata) y la partería tradicional.



Ilustración 27 Parteras y Promotores de Salud en Talleres. Fuente: Archivo histórico SADEC.

Capítulo 3. Salud y Desarrollo Comunitario

historia y vinculación



Ilustración 28 Logotipo SADEC A.C.

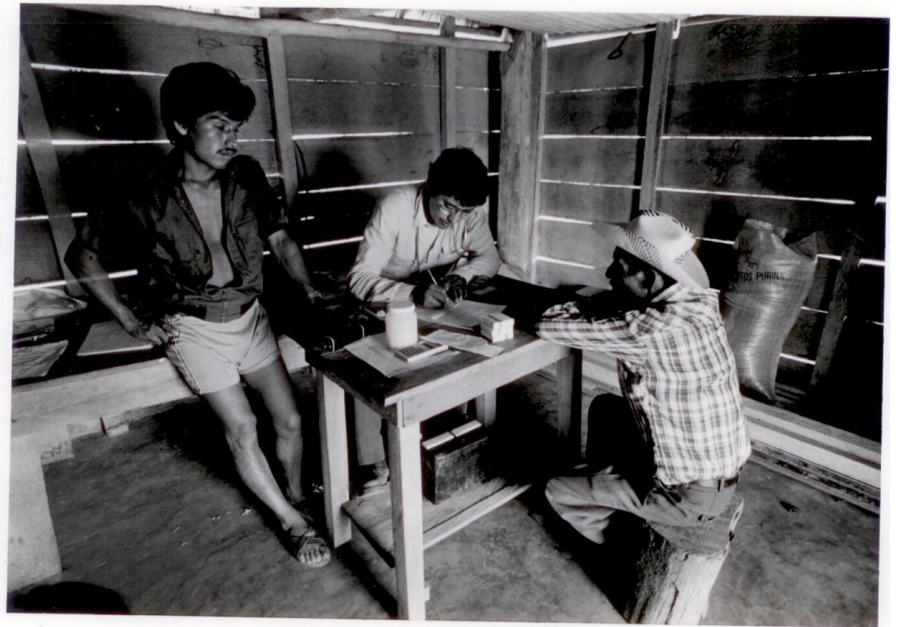


Ilustración 29 Promotores de Salud Marqués de Comillas, Chiapas. Foto: Joel Heredia Cuevas

Para efectos del siguiente capítulo será necesario abordar diferentes escalas de análisis que transitarán desde el contexto nacional hasta los locales en el estado de Chiapas, particularmente en las comunidades donde SADEC ha tenido alguna acción o interacción.

El contenido de este capítulo busca ilustrar la estructura de la organización, así como su construcción que ha sido dinámica y ha buscado adaptarse a los contextos locales que enfrenta con la idea de aportar a la construcción de la salud comunitaria en los lugares donde colabora.

Salud y Desarrollo Comunitario A.C. es una organización no gubernamental que *“considera como elemento importante de su intervención social la formación de promotores/as de salud, parteras y multiplicadores, así como la organización en salud comunitaria y la atención médica”* (López Enríquez 2011)

Para comprender sobre la salud comunitaria en Chiapas es importante hacer un mapeo rápido de las iniciativas previas que existieron en el estado y particularmente en la región de la selva, puesto que estas iniciativas desde los años 80’s *“desde la acción comunitaria reivindicaron el derecho a la salud y construyeron diferentes procesos para ejercerlo”* (González Serna & Gamboa Vázquez, 2010)

Por mencionar algunas o algunos otros actores que tenían presencia en Chiapas en esos años se encuentran, la Diócesis de San Cristóbal de Las Casas, Instituto Mexicano para el Desarrollo Comunitario (IMDEC A.C.), Promoción de Servicios de Salud y Educación Popular (PRODUSSEP) Fomento Cultural y Educativo A.C., *“Xinich, Aric Union de Uniones, ARIC Histórica, OCPAZ, OMIECH, Las Abejas de Acteal”* (González Serna & Gamboa Vázquez, 2010), cuya estrategia principal *“fue capacitar a personas de la*

comunidad como promotores de salud incorporando este servicio a sus propios sistemas de cargos para que a través del mandato y designación de la Asamblea fueran éstos los responsables de atender a los enfermos en primera instancia” (González Serna & Gamboa Vázquez, 2010)

Sobre estas experiencias de salud comunitaria González y Gamboa refieren que

la gran debilidad de este esquema... es que no lograron articular de manera eficiente los esfuerzos comunitarios a nivel regional, ante lo cual los promotores quedaron aislados en sus comunidades imposibilitando ejercer sus funciones ante la falta de medicamento, seguimiento e infraestructura más aún cuando los programas de instituciones gubernamentales cerraron las puertas a este modelo de atención a la salud (González Serna & Gamboa Vázquez, 2010)

En suma a lo anterior que se trabajaba desde la sociedad civil, existió un programa llamado “*Plan Tojolabal*” coordinado con el Instituto Politécnico Nacional (IPN) que inició en 1973 y duró 16 años; mismo donde “*médicos pasantes en servicio social intervinieron en la problemática local de salud en comunidades campesinas tojolabales*” (López Enríquez, 2011); este plan fomentó la construcción de Casas de Salud y la capacitación de personal de salud comunitaria que estaban capacitados para dar primeros auxilios y atención médica de primer nivel.

Esta intervención quizá puede considerarse como la primera intervención formal institucional de salud que se realizó en el estado; de igual manera es preciso mencionar que este programa seguía teniendo aún algunos rasgos de la inercia indigenista que había sido impulsada desde el gobierno federal 40 años previos en el sexenio del General Lázaro Cárdenas del Río.

Un tanto en continuidad, en 1982 *“académicos y estudiantes realizaron... [un estudio] sobre la incidencia y el comportamiento de la Tuberculosis Pulmonar (TBP) en la región de Marqués de Comillas y, en la entonces Selva Lacandona De Chiapas”* (López Enríquez, 2011). Esta intervención se da desde la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco (UAM-X) que tenía como objetivo principal *“el reconocimiento como sujetos sociales y políticos a organizaciones, comunidades y pueblos indígenas y campesinos”* (López Enríquez, 2011) integró a médicos pasantes de servicio social en su realización.

Este programa de servicio social de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, después se vincularía (en 1989) con el Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas que se describe a continuación.

El “Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas” resulta sumamente relevante puesto que dio origen a la posterior formación de Salud y Desarrollo Comunitario; se constituyó como un programa de formación que procuró *“la idea de crear una estructura de salud con la participación de la población”* (Heredia Cuevas 2007)

El programa funcionaba bajo un esquema que consideraba la relación del proceso de enfermedad *“como un indicador que muestra las condiciones de vida de una población, donde la causalidad social está por encima de los aspectos biológicos e incorpora la atención en salud como una parte de la participación social”* (Heredia Cuevas 2007).

Después se integra un tercer elemento que es la organización en salud que *“resulta de la dinámica de funcionamiento de los recursos locales de salud donde comités de salud locales y regionales van más allá [...] haciendo suyas la administración de los servicios*

de salud, la planeación y la ejecución de los diseños de programas de salud” (Heredia Cuevas 2007)

Finalmente, el PSCMC planteaba el fortalecimiento de la organización campesina *“con la inclusión de una estructura funcional sobre salud que en el marco del desarrollo local es un elemento importante para la definición de sus estrategias, en este caso con la existencia de un grupo de trabajadores de la salud organizados”* (Heredia Cuevas 2007)

EL Programa Marqués de Comillas considera 3 elementos fundamentales en torno a la atención de la demanda en salud, los cuales son:

1. *La atención médica*
2. *Capacitación como instrumento de intercambio de conocimientos*
3. *Organización en salud que implica vínculos con la población y hace posible la continuidad de las acciones* (Heredia Cuevas 2007)

En estas actividades se encontraban incluidas pasantes de servicio social de la Universidad Autónoma Metropolitana que colaboraban con la atención médica principalmente, aunque no solo; ya que en ocasiones, también formaban parte de las capacitaciones que se compartían con promotores de salud. De igual forma, al vivir en la comunidad pasaban a ser parte importante de las acciones comunitarias de organización en salud. (J. Heredia Cuevas, comunicación personal, 13 de mayo de 2023)

Derivado del análisis realizado al PSCMC por Heredia Cuevas en su tesis de grado menciona tres elementos que posibilitaron el desarrollo del mismo y son:

1. *La identidad*
2. *La continuidad*
3. *La participación comunitaria* (Heredia Cuevas 2007)

Resulta importante mencionar que el Programa Marqués de Comillas consideró 3 fases para el desarrollo del mismo que son las siguientes.

1. Formación

2. Consolidación

3. Proyección

Durante estas tres fases se fueron desarrollando los elementos previamente mencionados de atención médica, capacitación y organización en salud; la primera se implementó en los tres momentos de manera puntual y eficaz con las y los promotores de salud, el proceso de capacitación de igual manera se mantuvo en las tres fases de manera cíclica para permitir la integración de nuevo personal de salud. (Heredia Cuevas 2007)

Por último, la organización en salud que se presenta a partir de la segunda fase y deriva de la práctica de promotoras y promotores de salud que retoman las problemáticas a las que se enfrentan durante su quehacer. (Heredia Cuevas 2007)

Para López Enríquez la importancia del PSCMC radica en que

se reconocieron las capacidades intervención social y política de la comunidades y se logró caminar y sustentar toda una estructura de salud, donde lo fundamental fue que las comunidades pudieran tener en sus manos una red de salud, así como la formación de su personal en salud comunitaria (López Enríquez, 2011)

Resulta importante matizar que el PSCMC se desarrolló con la perspectiva de la construcción de la salud comunitaria desde la base de organizaciones campesinas que ya se encontraban instaladas en la región. Estas organizaciones campesinas a su vez tenían relación y cierta confianza con las instituciones gubernamentales, lo que influyó en que el PSCMC se pudiera implementar y expandir a la región del valle de Santo Domingo, la Cañada de Taniperla y Cañada de Avellanal; y donde se comenzó a trabajar ya en 1993, puesto que el programa se albergaba en el Instituto Nacional Indigenista (INI).

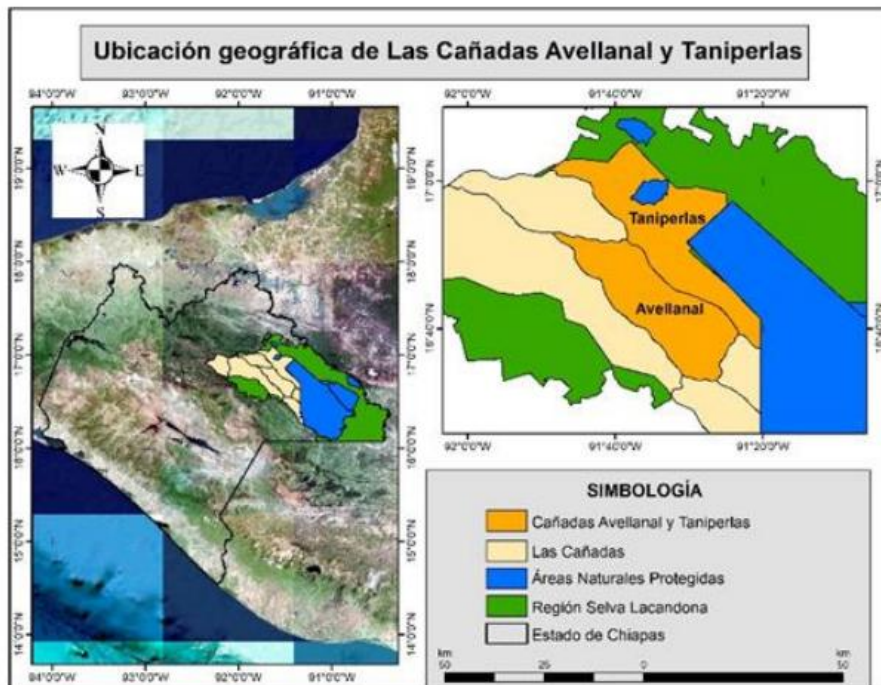


Ilustración 30 Fuente: *Mirando el paisaje desde la Historia Socioambiental. Reconfiguraciones Territoriales en las Cañadas de Ocosingo, Chiapas (1995-2018). Sánchez R. G.A. et al (2021)*

El Programa Marqués de Comillas se interrumpió en el marco del levantamiento indígena de 1994 lo cual implicó la suspensión del financiamiento; lo anterior, *“llevo a que un grupo conformado por asesores... y promotores de salud coordinadores de este programa, buscaran la forma de continuar su trabajo en Chiapas, encontrando en un espacio no gubernamental esta posibilidad [...] La figura se define asociación civil y toma como nombre Salud y Desarrollo Comunitario (SADEC)”* (Heredia Cuevas 2007)

Esta continuidad se enmarca en una serie de conflictos sociopolíticos y territoriales en el estado, que en gran medida fueron desatados por lo que sucedía en la perspectiva nacional donde la política económica neoliberal y desarrollista llevó al establecimiento de nuevas alianzas; particularmente con Estados Unidos y Canadá mediante el Tratado de Libre Comercio de América del Norte, sin embargo

el sueño de la modernidad saltó hecho añicos ello (sic) de enero de 1994, día del inicio del Tratado de Libre comercio, con el surgimiento de la rebelión armada de Chiapas. Los indígenas de ese estado se levantaron en armas en lo que algunos llaman la primer guerrilla posmoderna (Cadena Vargas, 1997)

Sobre el inicio de esta “rebelión” se conoce lo que estaba escrito en la Editorial de El Despertador Mexicano (que fuera el órgano informativo del EZLN); donde aseguraban *“hemos empezado la lucha que necesitamos hacer para alcanzar demandas que nunca ha satisfecho el Estado mexicano: trabajo, tierra, techo, alimentación, salud, educación, independencia, libertad, democracia, justicia y paz.”*(EZLN, 1993)

En esta carta editorial el EZLN describe la realidad que habían vivido los pueblos originarios durante cientos de años, ante la cual en múltiples ocasiones se les había pedido paciencia y que supieran esperar tiempos mejores, mismos que nunca llegaron. Por lo que manifiestan que *“la necesidad nos fue juntando y dijimos BASTA. Ya no hay tiempo, ni ánimo de esperar que otros vengán a resolver nuestros problemas. Nos organizamos y hemos decidido EXIGIR LO NUESTRO EMPUÑANDO LAS ARMAS, así como lo han hecho los mejores hijos del pueblo mexicano a lo largo de su historia.”*(EZLN, 1993)

Esto, posteriormente se constituyó como la Primera Declaración de la Selva Lacandona que *“trataba de denunciar las prácticas sociales del gobierno federal y la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte”* (Ferreyra Corral, 2017). Este documento se volvió el bastión en el marco del levantamiento armado, e intentaba dejar claras las demandas de los pueblos que eran parte del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN).

De las palabras de la Declaración de la Selva Lacandona resonaba que identificaban como el “enemigo” a los ricos y el Estado; con lo que se ponía de manifiesto la oposición al régimen político-económico neoliberal y desarrollista que se vivía en el país; que se veía enaltecido en ese momento por el inicio oficial de TLC y por el incremento de la pobreza, marginación, exclusión, limitación de los derechos y ejercicios punitivos del gobierno en curso.

Es así que el trabajo de Salud y Desarrollo Comunitario A.C. comenzó en medio de la efervescencia sociopolítica en el ojo del huracán denominado “levantamiento zapatista” es decir, en Chiapas; pero que, meses después llevaría a que se estableciera una relación directa *“con la estructura del Sistema de Salud Autónomo Zapatista, con promotores de salud y parteras que han sido formados bajo la metodología aprendida”* (Heredia Cuevas 2007)

Resulta importante mencionar que este surgimiento y la relación con el Sistema de Salud Autónomo Zapatista (SSAZ) no se generó de novo, sino que fue producto del trabajo previo de las personas que colaboraban con el PSCMC y su reconocimiento en las comunidades. En un ánimo de continuar con la labor comunitaria asistencial, pero también de formación y capacitación.

En palabras de Joel Heredia

Hitos de la Salud Comunitaria en Chiapas

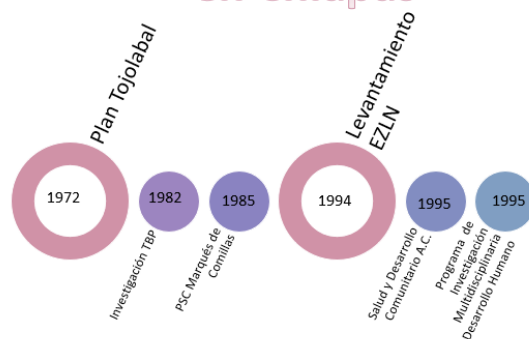


Ilustración 31 Cronología de salud comunitaria en Chiapas.
Fuente elaboración propia

nosotros previo al 1 de enero de 1994 ya teníamos en práctica un modelo de atención que tenía su parte asistencial, pero que también le daba cierta autonomía y autogestión en salud a las comunidades con sus autoridades de salud designadas por la asamblea, desde promotores de salud hasta agentes y comisariados ejidales, y por último también la capacitación a las y los promotores y con las parteras que daba herramientas para que ellas y ellos continuaran con la parte asistencial. (J. Heredia Cuevas, comunicación personal, 28 de abril de 2024)

Así pues, esta fue quizá una de las principales causas que permitieron que SADEC comenzara la relación con el SSAZ que, para el inicio no estaba conformado; puesto que la experiencia del modelo ya existía y se tenía una intervención bastante estructurada que ya había sido probada y que había funcionado en otras comunidades e incluso, con algunas y algunos de los que a partir del 1 de enero de 1994 se declararon Bases de Apoyo Zapatistas (BAZ).

En lo que corresponde a las acciones universitarias el levantamiento del EZLN en Chiapas impactó en la Universidad Autónoma Metropolitana, para que se formara lo que hoy se conoce como el Programa de Investigación Interdisciplinario Desarrollo Humano (PIIDH); y que este fuera concebido *“como una respuesta universitaria para enfrentar, las causas que motivaron el levantamiento zapatista... desde el cual se plantearon a la sociedad nacional las demandas de los pueblos indios y la exigencia de cambios en las formas de relación de éstos con la sociedad nacional”* (Cortez Ruíz, 2022)

Es así que SADEC se constituye como organización no gubernamental en medio de un contexto social y político complicado en el estado de Chiapas; que desde sus inicios mostró empatía con la lucha social de los pueblos originarios y comparte la lucha pacífica del EZLN y ha dejado *“percibir su línea de acción política con la que [...] impulsa sus trabajos, lo cual la va configurando como un sujeto social y político que se reconstruye*

día a día en su estar con las comunidades, siempre escuchando y respetando la palabra hecha comunidad” (López Enríquez 2011, p. 109)

Que a decir verdad en mi opinión, más que describir a SADEC como un sujeto social lo identifico como un actor social que realiza acciones colectivas; particularmente con el EZLN, que le hacen construirse como un actor en red y que direcciona las acciones de forma tal que acompañen las de otras y otros actores (como el EZLN) para generar una sinergia; pero que también realiza acciones que le vinculan con otros actores sociales y que a su vez estos nutren de manera indirecta al permear las intervenciones que SADEC realiza.

SADEC surge entonces con las mismas tres áreas de acción que contaba el Programa Marqués de Comillas:

- 1. La atención médica*
- 2. Capacitación como instrumento de intercambio de conocimientos*
- 3. Organización en salud que implica vínculos con la población y hace posible la continuidad de las acciones (Heredia Cuevas 2007)*

Siendo evidente que la capacitación en ese momento sería muy complicada de llevar a cabo por el asedio militar a las comunidades y también que *“la organización en salud se estaba llevando a cabo en un sentido más amplio que implicaba esa lucha por la autonomía y libre autodeterminación que estaban dando los pueblos y comunidades que ahora se reconocían como zapatistas”* (J. Heredia Cuevas, comunicación personal, 13 de mayo de 2023).

Así pues, la apuesta inicial de SADEC fue la atención médica; misma que se realizó porque *“estaba la invitación de las comunidades, los promotores de salud con quiénes ya habíamos trabajado antes nos estaban diciendo que fuéramos; eso nos invitó al apoyo en la emergencia”* (S. Hernández Morales, comunicación personal, 13 de mayo de 2023)

Es así entonces que *“los que hoy eran promotores de salud con quienes habíamos trabajado desde el Programa Marqués de Comillas en las cañadas; después (1 de enero de 1994) ya eran zapatistas”* (J. Heredia Cuevas, comunicación personal, 28 de junio de 2023); y fueron quienes a su vez, permitieron que el ingreso del equipo médico en ese momento se diera. *“No se sintió como algo forzado o impuesto, sino más como una invitación genuina que nosotros no podíamos dejar a un lado o solas a las comunidades”* (S. Hernández Morales, comunicación personal, 13 de mayo de 2023).

El establecimiento de la relación oficial de SADEC con el movimiento zapatista se dio en el marco de la efervescencia, cuando el equipo de trabajo acudió a una entrevista con el Comité Clandestino Revolucionario Indígena (CCRI) para solicitar la autorización de su *“ingreso a la zona de conflicto con el propósito de dar atención asistencial en la lógica de neutralidad médica”* (González Serna & Gamboa Vázquez, 2010) ante lo cual recibieron respuesta positiva para trabajar en algunas de las comunidades de las cañadas previamente mencionadas (Taniperla, Avellanal y Monte Líbano).

El seguimiento al trabajo durante el 94 y 95 fue en sentido meramente asistencial en los puntos donde personas del movimiento indicaban, hasta que en 1995 se *“permitió el establecimiento de un puesto médico en la comunidad de Las Tazas... en vinculación con la organización Médicos del Mundo España”* (González Serna & Gamboa Vázquez, 2010)

En esos años la situación territorial era complicada, desde lugares donde no existían carreteras para llegar hasta otros más donde *“los caminos estaban sitiados por retenes donde había cientos de militares que revisaban todo lo que llevábamos, abrían cajas de medicamento, movían los asientos de los carros y nos grababan y apuntaban con las armas mientras realizaban la revisión”* (J. Heredia Cuevas, comunicación personal, 28 de junio de 2023). En medio de estas situaciones era que se desarrollaba el trabajo médico del equipo SADEC, que contaba con 12 médicas, 3 dentistas pasantes de servicio social de la universidad Autónoma Metropolitana y el equipo de asesores. (Heredia Cuevas, 2023)

Así fue que el trabajo de los primeros tres años de SADEC se desarrolló en respuesta a la emergencia sanitaria que ya existía en el estado de Chiapas; por los altos índices de marginación y de pobreza, pero que se había recrudecido en el contexto del levantamiento zapatista de enero de 1994.

De la intervención iniciada en el puesto de salud de Las Tazas, Ocosingo en 1995; se pudieron conservar algunos promotores y promotoras de salud y parteras que ya habían sido formados previo al levantamiento por otras organizaciones sociales o que en su momento habían sido parte del Programa Marqués de Comillas, y fue así que el trabajo de organización en salud pudo comenzar en este espacio con el inicio de capacitaciones impartidas por SADEC

En lo que correspondía a la organización en salud, no fue necesario que SADEC interviniera tanto; puesto que las personas con quienes se estaba trabajando se encontraban dentro del movimiento zapatista, que ya tenía su propia estructura

organizativa de las bases de apoyo en donde se encontraban las autoridades locales, regionales y zonales de salud.

Este trabajo se impulsó y logró que en la región se consolidara *“la infraestructura necesaria para el desarrollo de las actividades: Casas de Salud, Farmacias, Comités de Salud, todo eso aunado a la presencia de personal sanitario operando como centro de referencia”* (González Serna & Gamboa Vázquez, 2010). Esto también brindó a la organización la suficiente confianza para poder abrir más espacios donde se tuviera interacción con la población autónoma, siendo Amador Hernández y Roberto Barrios los siguientes espacios donde SADEC estaría presente y colaboraría con el Sistema de Salud Autónomo Zapatista (1997).

El clima sociopolítico del estado seguía siendo complicado, en estos años (1994-1997) continuaban las incursiones militares en las comunidades, los retenes en los caminos se mantenían activos y los diálogos de paz y mesas de trabajo persistían.

Mientras en las comunidades, las bases de apoyo se encargaban de darle más estructura a la organización autónoma y en términos de salud, se hacían acompañar de personas solidarias que colaboraran con esta estructura y con la parte asistencial necesaria para las personas.

Para 1997, la violencia en Chiapas continuaba acentuándose en los últimos meses del año cuando se documentaba que *“una seria escalada ya había ocurrido el 4 de noviembre cuando una caravana donde viajaban los obispos Samuel Ruiz y Raúl Vera en la Zona Norte de Chiapas, fue emboscada.”* (SIPAZ, 1998). Pese a las denuncias de

la sociedad civil que se encontraba en el estado, el asedio no disminuyó y se incrementó detonando que

la mañana del 22 de diciembre llegaron decenas de paramilitares vestido (sic) de negro a Acteal, donde estaban refugiados dos a tres cientos de miembros de Las Abejas. Mucho (sic) de ellos se encontraron en este momento rezando en el templo. Los paramilitares empezaron a disparar con armas de alto calibre al grupo... mataron a 45 personas: 9 hombres, 21 mujeres y 15 niños.(SIPAZ, 1998^a)

Este evento impactó directamente en el quehacer de SADEC generando ante la emergencia humanitaria de la región la necesidad de “*apoyo con docentes y pasantes de servicio social de la UAM en la Clínica Autónoma de Polhó, durante 4 años con un pasante de medicina y otros tres en estomatología, enfermería, nutrición; así como con capacitación de los promotores de salud*” (González Serna & Gamboa Vázquez, 2010)

Para estos años ya se encontraba más estructurado el Sistema de Salud Autónomo Zapatista, contaba con promotores de salud que ejercían la parte asistencial en los espacios destinados para ello (Casas de salud, Botiquines comunitarios y Clínicas Autónomas). Y SADEC

acompañaba el proceso de atención en la salud comunitaria con pasantes de servicio social y también con las capacitaciones que se daban en las comunidades; las capacitaciones si eran de salud general pero también trabajábamos mucho con el tema de herbolaria y partería, insistiendo en que es conocimiento que no debe perderse porque es muy valioso (J. Heredia Cuevas, comunicación personal, 28 de abril de 2024)

En estos años la organización autónoma zapatista

fue definiendo sus formas de interacción con el estado como una estructura-espacio autónomo que existe y es evidente en las clínicas autónomas donde ellos hacen lo que quieren hacer desde: atención de partos, interrupción de embarazos, manejo con herbolaria, trabajo de hueseras y otros. Y que hoy da

claridad del nivel de autonomía que han conseguido (J. Heredia Cuevas, comunicación personal, 28 de abril de 2024)

En este proceso de consolidación el Sistema de Salud Autónomo pasó por un momento de ejercer la autonomía desde no interactuar de ninguna forma con el estado, incluso al no ir a hospitales de segundo nivel de atención en casos donde se identificaba la necesidad de hacerlo.

De ello, Joel Heredia comenta que SADEC ha promovido un proceso de reflexión y análisis con el personal de salud comunitario y autoridades donde se ha visibilizado que

se está decidiendo por una niña, por una mujer u otra persona que se tiene que atender, y que tiene otras implicaciones que decidir por uno una misma, pero que hoy es a la inversa; donde ellos hacen referencias y no le piden un favor al hospital sino le responsabilizan de la atención en sentido de la exigibilidad y ejercicio del derecho a la salud (J. Heredia Cuevas, comunicación personal, 28 de abril de 2024)

Esto es lo que el equipo de SADEC identifica como el punto de inflexión donde el quehacer de la organización se diferencia del Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas; puesto que en este se requería de un fortalecimiento y formación en temas sociopolíticos a la población, mientras que en este momento de caminar con el EZLN se trata de que el Sistema de Salud Autónomo y quienes acompañamos el mismo implementemos acciones que instrumenten en favor del posicionamiento que el movimiento (zapatismo) ya tiene estructurado.

En los años siguientes (del 98 al 2000),

SADEC continuó haciendo el trabajo asistencial por un lado y por el otro la formación y capacitación en salud, que realmente no era solo en salud porque también acompañábamos la formación sociopolítica de las comunidades, intercambiando conocimiento con las personas desde la perspectiva de la medicina social

latinoamericana y enriqueciéndonos mutuamente (J. Heredia Cuevas, comunicación personal, 28 de abril de 2024)

La formación sociopolítica se daba en diferentes sentidos; desde hablar de los índices de pobreza y marginación y cómo esto impactaba en la salud de las poblaciones, hasta el análisis crítico de las políticas públicas que se implementaban en aquellos años y qué era *“La Guerra de Baja Intensidad [...] hecha para desgastar lentamente a las organizaciones y movimientos civiles[...] usada por el gobierno para causar miedo, tensión, confusión y división entre las familias y comunidades”* (SADEC, 1996). Este análisis era particularmente *“bien recibido en las comunidades y fortalecía de manera directa al SSAZ, porque dejaba ver a la salud como un derecho y ayudaba a que los promotores y la población exigieran atención en salud digna”* (J. Heredia Cuevas, comunicación personal, 15 de diciembre de 2024). Este proceso de formación se facilitaba con folletos que eran elaborados por el personal que colaboraba en el equipo de SADEC en esos años; escritos con un lenguaje comprensible para que, a su vez el personal de salud y las parteras lo replicaran en sus comunidades.

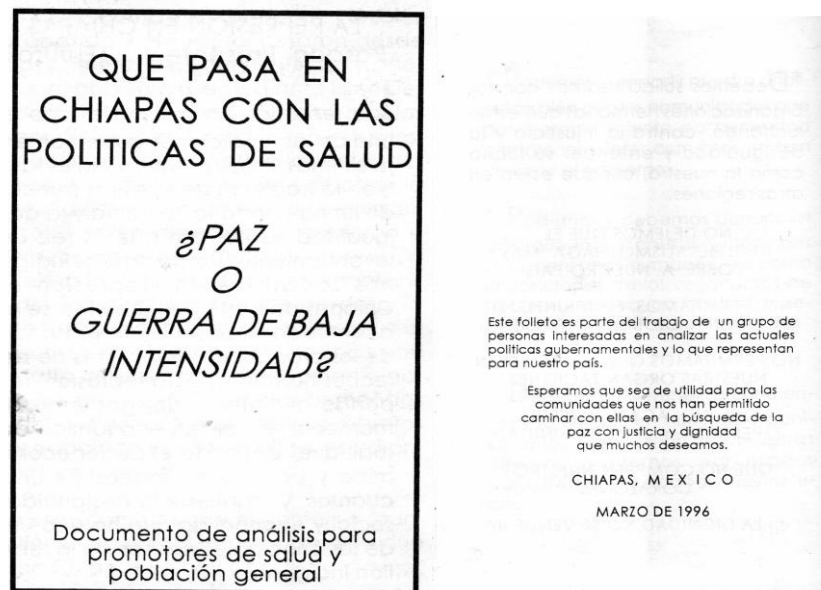


Ilustración 32 Portada y contraportada de documento para formación crítica a promotores de salud

Este proceso de acompañamiento se fue fortaleciendo y permitió que los lazos entre SADEC y el Sistema de Salud Autónomo Zapatista se fueran estrechando; esto generó confianza en las autoridades autónomas y permitió a su vez que SADEC estuviera presente en otras regiones. Es así que para el año 2000 se comienza el trabajo con dos espacios nuevos (San José y Santa Catarina), donde con la solidaridad internacional (particularmente de Médicos del Mundo España) se logró el trabajo de SADEC y también la construcción de una clínica autónoma.

En el contexto social y político del país el año 2000 es de gran relevancia pues se da la primera alternancia política en el país, donde después de 72 años de hegemonía del Partido Revolucionario Institucional, la presidencia del país es conquistada por el candidato del Partido Acción Nacional, que se adscribe a la derecha de la política en el país. Esto conmociona a la población y se comienza a vislumbrar un auge político y sobre todo empresarial privado en lo que serían los dos siguientes sexenios.

Es importante mencionar que durante la campaña electoral el presidente electo Vicente Fox había *“prometido resolver el conflicto con el zapatismo en “15 minutos”*” (Facundo Rauch & Lucas Scachtel, 2020); y después, en abril de 2001 el Congreso de la República *“promulgó una Ley Indígena que desnaturalizaba el acuerdo original y no representaba la demanda de los pueblos indígenas de México”* (Facundo Rauch & Lucas Scachtel, 2020).

En respuesta a esto el EZLN publicó un comunicado el día 29 de abril de 2001; donde desconoce lo plasmado en la reforma constitucional y entre otras cosas, asienta que giró instrucciones para que se *“SUSPENDA TOTALMENTE SU TRABAJO DE CORREO*

ENTRE EL EZLN Y EL EJECUTIVO FEDERAL. NO HABRÁ MÁS CONTACTO ENTRE EL GOBIERNO DE FOX Y EL EZLN.” (Subcomandante Insurgente Marcos, 2001).

Y también dicen que no reanudarían el diálogo hasta que sean reconocidos constitucionalmente los derechos y la cultura indígena. A la par de este posicionamiento el EZLN lanzó varias convocatorias a movilizaciones en lo que nombraron la Marcha del Color de la Tierra, donde manifestaron la desaprobación de la reforma de manera pública. Mientras esto ocurría, SADEC continuaba con las intervenciones comunitarias.

Un cambio importante vino en el año 2003, donde el EZLN por vía de sus voceros (el Comité Clandestino Revolucionario Indígena-Comandancia General del EZLN CCRI-CGEZLN) anunció el nacimiento de las Juntas de Buen Gobierno y los Caracoles Zapatistas donde: *“todo lo referente a los Municipios Autónomos Rebeldes Zapatistas se hablará por sus autoridades y por las Juntas de Buen Gobierno, con ellos habrá que ver también los asuntos de los municipios autónomos tales como proyectos, visitas, cooperativas, conflictos, etcétera”* (Subcomandante Insurgente Marcos, 2003a)

Así pues, se establecía en esos años una regionalización diferente de las comunidades y también cambiaba el mecanismo de interacción con las organizaciones de la sociedad civil, SADEC entre ellas. Esto obligaba a que todas las intervenciones que se realizarán fueran consultadas e informadas en las Juntas de Buen Gobierno. En aquel año SADEC interactuaba con 9 comunidades, que ahora correspondían a 4 Caracoles Zapatistas (Roberto Barrios, La Garrucha, Oventic y La Realidad).

También fue en 2003 donde el número de Clínicas autónomas en donde SADEC tenía presencia incrementó considerablemente; llegando a ser 9 espacios donde se daba el

trabajo de SADEC en las tres áreas de expertiz (asistencial, capacitación a personal de salud comunitario y participación en la organización de salud comunitaria); este número de espacios de interacción con el SSAZ se mantuvo hasta el año 2006 donde disminuyó a 8 sedes. (Heredia Cuevas, 2023)

Esta variación entre las sedes con las que se interactuaba obedecía en cierta medida a las decisiones tomadas en la Junta de Buen Gobierno que correspondiera, a la solicitud de la población de las comunidades para interactuar con ellas y también a las posibilidades de acceso y cobertura que tuviera el equipo de SADEC.

Esto último por ejemplo: en 2003 terminó el proyecto coordinado que se tenía con Médicos del Mundo España, *“lo cual implicó una disminución muy considerable de los recursos económicos que disminuyó también la capacidad resolutive de SADEC y obligó a limitar la geografía circunscribiéndose a regiones más cercanas a Palenque”*(J. Heredia Cuevas, comunicación personal, 28 de abril de 2024)

El trabajo de SADEC continuó en la misma lógica durante los años 2003-2011; con algunas fluctuaciones y cambios de sedes, sin que estos requirieran una modificación significativa en el trabajo.

Durante estos años los grupos de promotores de salud fueron creciendo; llegando a tener hasta 120 personas de personal comunitario entre promotoras de salud y parteras de la zona norte (comunidades que correspondían al caracol de Roberto Barrios), y 90 personas en la región de las cañadas de Ocosingo (correspondientes al caracol de La Garrucha).

La solidaridad internacional ha estado presente en Chiapas; sobre todo desde el levantamiento zapatista, esta se ha visto reflejada desde la presencia de personas solidarias que se presentan en las comunidades a realizar labores diversas, donaciones económicas o en especie a las comunidades y sobre todo, gestiones de proyectos a nivel internacional que en su mayoría proveen de recurso económico a las organizaciones de la sociedad civil locales para poder realizar trabajo en campo.

En relación a lo anterior, al terminar la relación con Médicos del Mundo España, se presentó la posibilidad de una nueva interacción con la solidaridad internacional, ahora representada por Médico Internacional, quienes tienen sede en Suiza y otros grupos solidarios que ofrecen realizar gestión económica para que SADEC pueda continuar con el trabajo de campo.

En el año 2011 se presentaron una serie de dificultades y reconfiguraciones comunitarias; que hicieron que en la Zona Norte, donde se había llegado a tener un equipo de hasta 120 promotores, se suspendiera la presencia de SADEC en el sentido asistencial, de formación y capacitación a personal de salud comunitaria, pero *“se mantuvo una interacción horizontal con las autoridades comunitarias de salud para realizar diversas gestiones como conseguir el biológico para las campañas de vacunación en la región”* (S. Hernández Morales, comunicación personal, 13 de mayo de 2023)

A partir de 2011 y hasta el 2019, SADEC mantuvo el trabajo coordinado con la Junta de Buen Gobierno “Camino del Futuro” ubicada en el Caracol de La Garrucha, Municipio Rebelde Autónomo Zapatista Francisco Gómez, y municipio oficial Ocosingo. La presencia en la parte asistencial variaba dependiendo de la cantidad de Pasantes de

Servicio Social con que contara la organización y también de las solicitudes de las comunidades para ello; así como la formación en salud que *“dependía y hasta ahora depende de cómo las comunidades lo piden porque su calendario es muy otro y toca que nosotros [SADEC] nos acomodemos a sus tiempos”*(F. Díaz Lorenzo, comunicación personal, 15 de mayo de 2023)

En esta etapa se reconoce la gran fortaleza de las relaciones que SADEC pudo construir los años anteriores con otras organizaciones, universidades, autoridades en salud comunitaria, promotores y promotoras de salud, parteras e instituciones públicas de salud para que el trabajo se siguiera realizando tanto en los espacios comunitarios como el puente que se mantiene entre el SSAZ y el Sistema de Salud Público.

En el año 2019 las comunidades autónomas zapatistas por vía de su vocero el Subcomandante Insurgente Moisés, anunciaron *“rompimos el cerco... [con un] crecimiento exponencial que hoy nos permite salir nuevamente del cerco [...] les nombramos los nuevos Centros de Resistencia Autónoma y Rebeldía Zapatista (CRAREZ). Son 11 Centros nuevos más los 5 caracoles originales, 16.”* (Subcomandante Insurgente Moisés, 2019)

Esta reestructuración impactó directamente en el trabajo de SADEC; puesto que la permanencia seguía siendo en las sedes donde ya se trabajaba los años previos pero ahora, la relación que en los años anteriores había sido únicamente con una Junta de Buen Gobierno, sería con 4 diferentes (Roberto Barrios, La Garrucha, Nuevo Jerusalén y Dolores Hidalgo). Esto implicó que se tuvieran que visitar nuevos espacios, conocer a nuevas personas que ahora eran las autoridades regionales y que también estaban

conociendo del proceso de toma de decisiones y organización en salud, que era el tema que a SADEC le correspondía.

En 2020 con la pandemia de COVID-19 la CCRI-CGEZLN anunció por vía de un comunicado

Por coronavirus el EZLN cierra caracoles y llama a no abandonar las luchas actuales” que por “la amenaza real, comprobada científicamente, para la vida humana que representa el contagio del COVID-19, también conocido como “coronavirus” [...] hemos decidido: [...] recomendar a las juntas de buen gobierno y municipios autónomos rebeldes zapatistas, el cierre total de los caracoles y centros de resistencia y rebeldía, de forma inmediata” (Subcomandante Insurgente Moisés, 2020)

Esto modificó y limitó considerablemente todas las acciones de SADEC; puesto que al no poder tener presencia en las sedes comunitarias del SSAZ, no era posible el trabajo asistencial, las capacitaciones en salud comunitaria con promotores de salud, ni se podía tener interacción con las autoridades locales para la organización comunitaria de salud.

En respuesta a la emergencia sanitaria SADEC implementó (como en los primeros años) una campaña informativa con folletos y carteles que apoyaran a la difusión de la información disponible para prevención del contagio de COVID-19; de igual forma se estableció el contacto a distancia con promotoras y promotores de salud de diversas regiones, para favorecer la continuidad de trabajo comunitario y socializar información tanto preventiva como de la situación en las comunidades.

**PREVENCIÓN
PARA UNA
SALUD DIGNA**



**GUÍA PARA PROMOTORAS Y PROMOTORES DE SALUD
COVID-19**



*Ilustración 33 Portada de Manual para
Prevención de COVID-19 SADEC 2020*

Esta red fortaleció lazos de confianza con algunas promotoras, mantuvo la relación con las comunidades y después de unos meses, permitió que las autoridades locales realizaran las gestiones pertinentes para reiniciar el trabajo asistencial y de capacitación al personal de salud comunitario.

Desde 2020 y hasta 2023 el trabajo de SADEC ha continuado en los mismos tres ejes de acción:

1. Asistencial: Resuelto por Pasantes de Servicio Social de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco en coordinación con el Programa de Investigación Interdisciplinario “Desarrollo Humano”.
2. Formación y Capacitación a personal de salud comunitaria: que se realiza por parte del personal de SADEC en las comunidades que así lo solicitan (no solo con comunidades autónomas, aunque si mayoritariamente)
3. Organización en salud comunitaria: se da en acompañamiento, asesoría, compartición de análisis, construcción colectiva y coordinada con las autoridades de salud comunitaria del SSAZ y también de las organizaciones en salud que así lo soliciten.

Lo anterior, ha favorecido de sobremanera que SADEC continúe presente en el territorio Chiapaneco y que se articule con diferentes redes de trabajo, así como con organizaciones de la sociedad civil que han sido referentes en el estado, no solo en tema de salud sino en derechos humanos. Entre ellos se encuentran:

- Comité Promotor por una Maternidad Segura y Voluntaria en Chiapas
- Casa de la Mujer Ixim Antsetic

- Xinich Coordinadora de Organizaciones Sociales Indígenas Chiapas-México
- Centro de Derechos Humanos Fray Bartolomé de Las Casas
- Observatorio De Mortalidad Materna
- Voces Mesoamericanas Acción con Pueblos Migrantes
- Centro de Estudios para el Cambio en el Campo Mexicano

Y otras con quienes SADEC ha caminado desde hace algunos años o que solo han habido intervenciones puntuales. Es importante recordar que el clima social, político y cultural siempre es cambiante y que Chiapas no es la excepción, también no se debe de olvidar que los últimos tres años el estado ha tenido un repunte de violencia muy considerable; que ha obligado a la población a reconfigurar sus prácticas y relaciones, sin que SADEC sea la excepción a la regla.

AÑO	CLÍNICAS	CONSULTAS	PARTERAS	P.S. EN TALLERES	PASANTES DE SERVICIO SOCIAL
2014	7	7399	8	76	8
2015	7	7299	8	95	14
2016	6	6325	6	12	14
2017	5	6662	7	59	10
2018	5	7068	7	56	9
2019	5	7583	7	110	9

2020	5	4237	7	15	9
2021	6	8600	6	12	9
2022	6	5872	6	109	9
2023	5	5698	6	192	6

Fuente: elaboración propia de base de datos de SADEC

En la tabla que se presenta; se puede apreciar que el curso de la organización los últimos 10 años ha mantenido un ritmo relativamente sostenido en su funcionamiento en general; es decir, de sedes clínicas donde se encuentra trabajando, relación con el personal de salud comunitario y número de consultas otorgadas por el personal de salud universitario; el cual, se encuentra en las sedes clínicas con calendario de 20 días de trabajo por 10 días de descanso al mes.

Esto puede ser interpretado como una madurez de SADEC como organización en el sentido operativo; que le ha permitido mantener el ritmo de trabajo así como las relaciones con la población, con autoridades comunitarias y con el SSAZ, que se encuentran lo suficientemente afianzadas como para permitir la permanencia en los espacios.

No se debe dejar de ver que el contexto sociopolítico y de seguridad es cambiante, y quizá pudiera condicionar que las relaciones entre SADEC y el SSAZ se pudieran modificar, así mismo considerar que la dinámica de interés de pasantes de servicio social universitario se ha modificado recientemente y que esto podría limitar las atenciones en salud.

Capítulo 4. Sistema de Salud Autónoma

Zapatista y SADEC, una construcción colectiva de la salud comunitaria



Ilustración 34 Campaña de Salud comunitaria Paraíso Tulijá, Chilón Chiapas 2014

En este capítulo se incluye una descripción del modelo de salud que ha implementado Salud y Desarrollo Comunitario A. C. desde 1995 hasta 2023, y que ha determinado el rumbo de la organización, así como las propuestas que ha caminado junto a las comunidades que acompaña.

En este capítulo se retomará el debate de la salud comunitaria, así como las diversas corrientes que han influenciado al modelo de salud que SADEC ha implementado; también se hablará un poco sobre las políticas públicas que han determinado que el modelo de salud propuesto se haya mantenido vigente hasta el sexenio anterior (2018-2024) y se intentará hacer un análisis sobre el contexto actual de las mismas en el marco del gobierno que se autodenomina la cuarta transformación.

De igual manera se retomarán en este capítulo escritos publicados en diversas fuentes y principalmente, aquellos de las bases de apoyo zapatistas en el marco de lo que fuera nombrado “la escuelita zapatista” que hizo que *“en 2013 y 2014, unas 6 mil personas fueron a las comunidades zapatistas para aprender sobre la lucha organizada del EZLN y la construcción de la autonomía”* (Enlace Zapatista, 2014). En estas publicaciones, se realiza una descripción de lo que habían construido hasta ese momento las comunidades zapatistas, principalmente en temas de Autonomía, Educación, Gobierno y Salud.

Esto último se realiza con la intención de realizar un espejeo entre ambos modelos de atención en salud y que nos de luces sobre lo contrastante y lo convergente que permite la colaboración que se ha mantenido estos años.

Sobre la salud comunitaria la bibliografía menciona que no existe una definición única y que puede ser percibida desde diferentes perspectivas; desde la que implica el término

compuesto hasta la que realiza un análisis desde las implicaciones de las palabras “salud” y “comunidad”; sin embargo la mayoría coinciden en que la salud comunitaria engloba varias posturas que se posicionan como una propuesta contrahegemónica al modelo de atención en salud.

Así pues comenzaré con la definición de salud comunitaria que hace alusión a ella como la que *“implica que la salud del grupo es en primer lugar, algo más que la salud de las personas que lo componen y, además, que la comunidad puede ser generadora de salud y enfermedad”* (Pasarín Rua et al., 2008). Esta concepción de salud aporta la perspectiva entonces de la comunidad y tiene factores que pueden ser benéficos o perjudiciales para la salud.

En otras palabras, se puede definir a la salud comunitaria como *“un enfoque a través del cual se implementan estrategias orientadas a intervenir en el proceso salud-enfermedad-atención de una comunidad en específico [...] [y que deberá] considerar las necesidades y participación de los miembros de dicha comunidad.”* (Cotonieto-Martínez & Rodríguez Terán, 2021)

Cotonieto-Martínez y Rodríguez Terán hacen referencia a 5 pilares de la salud comunitaria que los describe como sigue:

- *Enfocada a la comunidad: debe destinar los proyectos a los habitantes y asignarles un grado de participación*
- *Abordaje multisectorial: imprescindible que las instituciones gubernamentales, privadas y la sociedad participen de manera activa*
- *Participación comunitaria: participación de los habitantes diseñada, planificada y dosificada para que los ciudadanos efectúen cada una de las actividades en salud*

- *Modelos integrados para la atención: estas acciones de participación comunitaria deben estar integradas a redes de atención institucionales para que se permita la prevención, promoción y atención de las necesidades comunitarias en materia de salud*
- *Equipos multidisciplinarios: debe ser el esfuerzo de diversos agentes profesionales involucrados que compartan responsabilidades y carga de actividades.* (Cotonieto-Martínez & Rodríguez Terán, 2021)

Este modelo de atención en salud se considera contrahegemónico puesto que el modelo hegemónico se desarrolla dentro de las políticas del estado neoliberal que busca el desmantelamiento o privatización de las funciones y actividades económicas y sociales del Estado (según lo que refiere Franz J. Hinkelammert en su libro “Cultura de la esperanza y sociedad sin exclusión”); y este en contraste implica tener otras exigencias que invitan a realizar cambios que visibilicen la salud en otra lógica, donde la participación comunitaria es clave , y donde las acciones son colectivas y públicas; pero que también necesita de la colaboración con las instituciones gubernamentales para tener un funcionamiento pleno.

La salud comunitaria comparte entonces principios con algunas otras corrientes de la salud como lo son la Atención Primaria y la salud pública; que a decir de Segura del Pozo son “*tres ramas del mismo árbol*”. (Segura del Pozo, 2021)

Lo anterior se explica puesto que las tres nacen del proceso de la urbanización, industrialización y la clase proletaria que trajeron consigo el nacimiento de la salud pública con sus expresiones peculiares; como lo son la “*higiene social o urbana que pretendía afrontar la preocupación por los riesgos asociados al hacinamiento de las casas populares*”, y la “*medicina de los trabajadores que respondía a la necesidad de tener obreros más aptos y sanos*” (Segura del Pozo, 2021)

Históricamente estas dos ramas de la salud fueron tomando rumbos diferentes; siendo una la medicina de los trabajadores que era proporcionada por los seguros médicos y la salud privada; mientras que la otra se interesó más en los aspectos ambientales, sociales y después le dio un peso grande a los factores bacteriológicos y eugenésicos de la salud. Así se consolidó la diferenciación entre higiene, terapéutica y prevención; que se traduce también en la diferencia entre lo individual y lo colectivo.

Con el paso de los años, los términos fueron teniendo transformaciones que Segura del Pozo explica como:

«higiene» fue tomando diferentes nombres, dependiendo del contexto y de las modas académicas: de la higiene social a la medicina social, que fue sustituida por la medicina comunitaria en los países anglosajones, por la connotación negativa del adjetivo «social» evocador del socialismo, y de ahí se pasó a la «public health», especialmente en los Estados Unidos, que se tradujo al español como «salud pública» y que acabó imponiéndose mundialmente en el léxico profesional (Segura del Pozo, 2021)

Así pues es posible entender la alusión a que los tres conceptos tienen un origen común; sin embargo también se menciona en la bibliografía que el término “comunitario”; también se asocia a la territorialidad y participación popular que se relacionaron con los movimientos de desarrollo comunitario de América Latina, y las corrientes de educación popular impulsadas principalmente por Paulo Freire y que ello buscaba la relación más horizontal entre la ciudadanía y los equipos de salud.

Este sueño de participación comunitaria y del acceso universal a la salud se vio incluido en la Declaración de Alma Ata (1978), en donde se establecen los principios necesarios de la atención primaria de salud que; *“se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y*

rehabilitación necesarios para resolver esos problemas” (Pan American Health Organization, 1978)

Esta declaración abría la posibilidad de realizar reformas considerables al modelo de atención en salud y proponía la realización de al menos las siguientes acciones:

- *Educación de los principales problemas de salud y métodos de prevención*
- *Promoción de la nutrición apropiada*
- *Abastecimiento de agua potable y saneamiento básico*
- *Asistencia materno-infantil con inclusión de planificación familiar*
- *Inmunización contra principales enfermedades infecciosas*
- *Prevención y lucha contra enfermedades endémicas*
- *Tratamiento apropiado de enfermedades y traumatismos comunes*
- *Suministro de medicamentos esenciales* (Pan American Health Organization, 1978)

De igual manera esta declaración dejaba clara la necesidad de la participación de todos los sectores (interdisciplinaria) y también mencionaba sobre la exigencia y fomento de la autorresponsabilidad y de la participación de la comunidad y del individuo mediante el desarrollo de educación apropiada que les permitiera a las comunidades participar.

En esta declaración también se nombraba la necesidad de integrar a

médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad. (Pan American Health Organization, 1978)

En este sentido es que la salud comunitaria se vuelve entonces una especie de amenaza al modelo médico hegemónico con su perspectiva enfocada al “*biologismo, pragmatismo*

e individualismo [...y a] cumplir no solo funciones curativas y preventivas sino también funciones de normatización, de control y de legitimación” (Menéndez, 2020b); esta concepción de amenaza se deja ver puesto que este modelo médico procura que el personal UNIVERSITARIO de salud (prioritariamente las y los médicos) sean quienes lideren y tomen el control de la salud de la población; mientras que en la perspectiva de la Declaración de Alma-Ata y Salud comunitaria, se busca realizar un modelo cooperativo con las y los agentes de salud comunitarios (parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad).

Lo anterior posiciona al personal comunitario en una relación horizontal que es contraria a la propuesta vertical y jerárquica del modelo médico hegemónico; es por ello que la propuesta de Alma-Ata y de la salud comunitaria se ha limitado a la parte de asistencia clínico-sanitaria; limitando e incluso desincentivando las acciones de promoción, prevención, educación en salud, intercambio de conocimientos entre modelos de atención alópata y tradicional; lo que se refleja en la imposibilidad de diseñar y aplicar un modelo intercultural de atención en salud.

Este posicionamiento más desde la horizontalidad y con toda la base de atención intercultural es el que se practica en SADEC, lo que redefine la relación que se establece entre el personal de salud (universitario y comunitario) con las personas que acuden a solicitar la atención en estos espacios, posicionándolo desde un trato más humano, basado en el respeto, abierto a otros modelos de atención como el tradicional y sobre todo con base en la dignidad de la persona que consulta. Ello hace que la relación que se establece entre este personal de salud y las personas y comunidades se más favorable y que se valore de manera positiva.

En suma a lo anterior, Segura del Pozo refiere que

cuando hablamos de atención primaria estamos también hablando de salud pública y de salud comunitaria. Y a su vez, que es un sinsentido hablar de salud pública o de salud comunitaria sin considerar que la atención primaria fue una estrategia para introducir el enfoque salubrista y comunitario dentro del sistema sanitario. (Segura del Pozo, 2021)

También es preciso señalar que Pasarín et al refieren que

La salud comunitaria incluye una concepción social de la salud, que tiene en cuenta el ámbito social en que se producen los fenómenos de salud-enfermedad, la aplicación de un abordaje integral de los procesos salud-enfermedad, teniendo en cuenta los niveles macrosocial y microsocioal, y la participación de las comunidades, instituciones y de más sectores en la toma de decisiones (Pasarín et al., 2010)

De igual manera, la bibliografía refiere que las intervenciones en las mejoras de la salud de la población deben depender de las necesidades de la misma, y que estas muy a menudo estarán dentro de los ámbitos de los determinantes de la salud y se deberán enfocar a la disminución de las brechas de desigualdad en salud.

Sobre los determinantes sociales de la salud son definidos por la Organización Mundial de la Salud como; *“las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”* (Organización Panamericana de la Salud, 2024b)

De lo anterior la misma OPS refiere que es necesario entonces que se consideren metas apropiadas para políticas diseñadas para aumentar la equidad; lo cual empata completamente con la propuesta de Atención primaria a la salud (APS) de la declaración de Alma Ata; dado que al promover la participación de las personas de la comunidad en la identificación, diseño e implementación del modelo de atención en salud se garantiza

que estas inequidades sean visibilizadas y se promueva la atención de las mismas mediante acciones posibles dado el reconocimiento y fortalecimiento de las capacidades de la comunidad.

También es importante rescatar lo referido por Pasarín & Díez

los cambios sociales se gestan a lo largo del tiempo, y es por ello que la acción comunitaria requiere que las intervenciones se mantengan durante periodos prolongados. A demás, la intervención comunitaria precisa esfuerzos intensos: tanto la intersectorialidad como la participación comunitaria requieren el compromiso continuado de muchos agentes” (Pasarín & Díez, 2013)

Todo lo anterior da una semblanza de algunas corrientes teóricas e ideológicas que se integraron en el modelo de atención en salud que SADEC ha implementado desde su fundación y hasta ahora.

También resulta importante mencionar que las acciones que la organización ha desarrollado no siempre han sido las mismas; la forma de relación con las comunidades y el trabajo conjunto ha ido caminando y reformándose de acuerdo a las necesidades y adaptándose al contexto en el que se desarrollan; de ello Joel Heredia refiere

las acciones que se hacían al inicio, durante el 94 y 95 fueron cambiando con forme las comunidades iban consolidándose y se iban organizando más, así fue que después de iniciar solo con atención médica iniciamos con capacitaciones a promotores y promotoras, después capacitación a formadores y luego iniciamos gestiones coordinadas entre las autoridades autónomas y las autoridades sanitarias (J. Heredia Cuevas, comunicación personal, 28 de junio de 2023)

En el mismo sentido, los zapatistas la describieron en un cuento en diciembre de 1994 donde decían

Desde entonces los dioses caminan con preguntas y no paran nunca, nunca se llegan y se van nunca. Y entonces así aprendieron los hombres y mujeres verdaderos que las preguntas sirven para caminar, no para quedarse parados así nomás. Y, desde entonces, los hombres y mujeres verdaderos para caminar preguntan, para llegar se despiden y para irse saludan. Nunca se están quietos.(Subcomandante Insurgente Marcos, 1994)

Es decir, que cada paso que se avanza en la construcción de la salud comunitaria es consultado con las comunidades; evaluando así la congruencia y pertinencia del mismo, y con ello se genera un constante movimiento que deriva de la colectividad. Este proceso ha sido caminado por las comunidades y SADEC les ha acompañado en el mismo desde su fundación hasta la actualidad.

De ello es importante reconocer que el proceso de la construcción de salud comunitaria, no inicio ni terminará con el trabajo que realiza SADEC en las comunidades si no que es el resultado del trabajo de múltiples actores en salud que llevan un largo camino recorrido del que quizá el auge fue posterior al primer congreso indígena del año 1974.

Resulta necesario mencionar que

Durante los años setenta, Chiapas experimentaba un momento de movilización social especialmente indígena y campesina, de gran fuerza política y social. La presencia de la Iglesia Católica progresista impulsada por el recién nombrado obispo de la diócesis de Chiapas tuvo un gran impacto en la organización y movilización social de los indígenas. La participación 'secular' de la Iglesia Católica en los procesos organizativos indígenas y en la naciente subjetividad agencial de éstos tiene un primer momento con resonancia regional y nacional con la organización del Primer Congreso Indígena de Chiapas Bartolomé de Las Casas de 1974.(Morquecho, 2014)

En este congreso se realizó con la participación de

su obispo, agentes de pastoral y asesores externos, algunos de ellos vinculados con organizaciones revolucionarias.(Morquecho, 2014). En cuanto a la metodología

el Congreso constó de dos fases *sesiones plenarias dentro del auditorio, a lo largo de las cuales se dieron a conocer las ponencias y se conformaron los acuerdos y mesas de trabajo por lenguas donde se tradujeron las ponencias de los otros grupos y surgieron los principios de los acuerdos* (Morales Bermúdez, 2018)

Las temáticas abordadas en las mesas de dialogo fueron: problemáticas agrarias y sus secuelas, comercialización, educación y salud. En esta última temática se hacía referencia a *“inaccesibilidad de centros de salud y medicina de patente, reconocimiento y apoyo para la medicina tradicional”* (Morales Bermúdez, 2018) a lo anterior se sumaban

Centros de salud, contruidos merced al programa COPLAMAR,²⁵ pero desprovistos de médicos, enfermeras y medicamentos. Enfermedades crónicas como la tuberculosis, sin posibilidad de atención porque oficialmente se las había decretado como erradicadas. Mortandad infantil, por fiebre puerperal. Inaccesibilidad de medicinas de patente. El rosario de pesares y de agobios. La pérdida de credibilidad en la medicina tradicional. Y el anhelo: “La salud es vida” (Morales Bermúdez, 2018).

En otro sentido Morquecho cita lo escrito en la declaración tzotzil de la salud, que fue referido por las personas:

Los médicos están concentrados en las ciudades y nunca salen al campo... Ignoran la lengua tzotzil... no conocen nuestras costumbres y sienten un gran desprecio por el indígena... En los Centros de Salud nos tratan mal, por eso no tenemos confianza... Asimismo las enfermeras nos tratan como si fuéramos cosas... Por eso la medicina del doctor es como si no existiera... Además la medicina es cara... Es un negocio... se nos vende medicina mala o ya pasada... Por eso no confiamos en la medicina de los doctores... Necesitamos organizar nuestra comunidad para que podamos cuidar la salud (Morquecho, 2014).

Esto toma relevancia puesto que las expresiones genuinas de la población demostraban un claro rechazo a la atención médica de la que conocían en el momento, no solo por rechazarla sino porque dejaba ver prácticas discriminatorias, clasistas, racistas,

patriarcales y en otros casos paternalistas; sumado a que no se flexibilizaba a incluir las prácticas propias que su cosmovisión y cultura les habían dejado heredadas y que a demás no era de fácil acceso para ellas y ellos.

Esto es una expresión clara del habitus médico que es “*el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la incorporación (lo social hecho cuerpo) de las estructuras objetivas del campo médico.*” (Castro, 2014) y que estas estructuras del campo médico son hegemónicas y sin perspectiva de interseccionalidad. Así pues, el habitus médico es un factor condicionante para que las comunidades indígenas acepten de manera genuina las instituciones públicas de salud; sin embargo no es el único y quizá no es era en ese momento el más importante sino que también expresaban una falta de unidades médicas que pudieran brindar la atención. Es decir que el estado tampoco garantizaba que existieran las unidades necesarias para que esta población accediera a la atención en salud.

De ello deriva que la misma declaración proponga los siguientes puntos:

Proponemos que haya un comité de salud en la misma comunidad, que vigile y eduque y reciba preparación de gente que conozca la medicina indígena y la medicina del doctor.

Que médicos y pasantes vayan al campo a trabajar con el deseo de ayudar a sus semejantes. Que se acabe la discriminación.

Que haya preparación de enfermeros indígenas y que no se les inculquen prejuicios contra la medicina indígena.

Que se estudie el modo de integrar ambas medicinas con la colaboración de curanderos tradicionales.

Hacer una investigación seria de la medicina indígena y que la conozcan los doctores. Que los doctores nos traten como gentes y aprendan nuestra lengua. (Secretaría de Salud, 2015)

Lo anterior no estaba muy alejado de lo que se abordaría años después en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978); esto debe ser analizado como progresista sin embargo, algunos autores mencionan que las problemáticas abordadas en las mesas eran en un nivel de *“pura denuncia [...] y bastante improbable resultaba que tuvieran propuestas de solución. Sobre todo que muchas de dichas soluciones competían a la autoridad”* (Morales Bermúdez, 2018) ante ello; resulta necesario decir que el análisis que se realiza desde las mesas del Congreso Indígena del 74 fue bastante profunda; identificando una raíz fundamental de las violaciones a derechos humanos y al derecho a la salud que se realizaban en los servicios públicos de salud; como lo es el modelo médico hegemónico.

Pero no solo eso, sino que también se realizaron propuestas importantes que intentaban paliar ese problema que se había identificado, proponiendo diseñar e implementar un modelo de atención donde se integraran *“ambas medicinas”* lo que actualmente se denomina un modelo de atención con perspectiva interseccional e intercultural. Aparte es preciso mencionar que el gran logro del Congreso fue una movilización importante en el estado que derivó en organización comunitaria por un lado, pero también a la *“relación con asociaciones civiles dedicadas al trabajo social [...] y de manera autogestiva”* (Morales Bermúdez, 2018)

Así pues el Congreso Indígena del 74 fue parteaguas para el inicio de la construcción de la salud comunitaria; es importante decir que esta propuesta ya venía con algunos tintes de los movimientos que habían surgido en Latinoamérica, (principalmente guerrilleros en Nicaragua, El Salvador y Guatemala) que marcaban una postura clara y contrahegemónica respecto a la concepción del modelo médico que fortalecía el habitus

médico dentro de la ciencia biologicista sin consideración de la incidencia de la parte social en los procesos de salud-enfermedad.

Dentro de ello es preciso reconocer y nombrar al proyecto Piaxtla como antecedente de esta forma de abordar la salud; el cual “*era un programa rural de atención primaria de la salud dirigido en su totalidad por aldeanos locales. [...] que] se inició a mediados de los años 60 para servir a una región grande, accidentada y escasamente poblada en el estado de Sinaloa.*” (Werner, 2021). Este proyecto fue de los primeros implementados en México que recogía las iniciativas de la atención primaria en salud (aun antes de que esta fuera nombrada en Alma-Ata).

Sin duda esta es una aportación importante en el campo de la salud comunitaria y lo son más aún los libros que se publicaron a propósito de esta experiencia “*Donde no hay doctor, un manual de atención de la salud de la aldea, y también a Aprendiendo a promover la salud, un manual sobre métodos participativos de educación para la salud basados en descubrimientos*”(Werner, 2021); los cuales fueron retomados por las organizaciones de la sociedad civil y gubernamentales que dieron continuidad a los acuerdos del Congreso del 74 e intentaron paliar la grave situación de salud en las comunidades indígenas del país.

Esta forma de atención en salud y construcción de la salud comunitaria se mantuvo vigente desde los 70’s hasta inicios de los 90’s; fue un modelo que adoptaron las organizaciones de la sociedad civil, la iglesia católica, algunas instituciones gubernamentales.

Posterior a ello, surge el levantamiento armado zapatista en el año 1994, donde las comunidades indígenas de Chiapas dicen BASTA a través de la Primera Declaración de la Selva Lacandona donde se lee entre otras cosas:

se nos ha negado la preparación más elemental para así poder utilizarnos como carne de cañón y saquear las riquezas de nuestra patria sin importarles que estemos muriendo de hambre y enfermedades curables, sin importarles que no tengamos nada, absolutamente nada, ni un techo digno, ni tierra, ni trabajo, ni salud, ni alimentación, ni educación, sin tener derecho a elegir libre y democráticamente a nuestras autoridades, sin independencia de los extranjeros, sin paz ni justicia para nosotros y nuestros hijos (Comandancia General del EZLN, 1994)

Con esto reiteraban 20 años después del Congreso Indígena del 74, que las comunidades continuaban con las mismas condiciones de vida que se habían ya denunciado, y que por ello se levantaban en lucha por lo que fue llamado las 11 demandas zapatistas “trabajo, tierra, techo, alimentación, salud, educación, independencia, libertad, democracia, justicia y paz.” (Comandancia General del EZLN, 1994)

Posterior a la declaración de la guerra, se llevaron a cabo los Diálogos de San Andrés, donde se dieron una serie de negociaciones entre el gobierno federal y representantes del EZLN para llegar a acuerdos en pro de los Derechos y Cultura Indígena. Derivado de estos diálogos, surgieron “*Los Acuerdos de San Andrés Larraínzar, Chiapas que firmaron el gobierno federal y el EZLN el 16 de febrero de 1996, son los primeros acuerdos sobre derechos indígenas en México*” (Sámano Rentería et al., 2001).

En estos acuerdos se pactaron “*modificaciones constitucionales en materia de derechos indígenas y donde se comprometía el gobierno federal mexicano a reconocer la*

autonomía, la libre determinación y la autogestión de los pueblos indígenas en la Constitución” (Sámano Rentería et al., 2001).

En términos de salud lo que los pueblos zapatistas fueron trabajando comentan fue desde antes del 94 en la clandestinidad *“Los promotores y promotoras de salud ahí participábamos, trabajábamos, ya teníamos ese trabajo, los compañeros construyeron una clínica que se llamaba Pox, esa clínica se trabajó en colectivo, pero en ese tiempo era clandestino, nadie sabía cómo es el trabajo, cómo es que se participaba; pero se hizo ese trabajo, se participó en esa clínica.”* (Lorena, 2013)

Y después del levantamiento armado las comunidades tuvieron que

organizar la formación de autoridades locales, comisariados y agentes, de los pueblos zapatistas. Entonces las nuevas autoridades locales empezaron a tomar los asuntos de justicia y empezaron a ver cómo resolver las necesidades civiles, como salud, educación y otras cosas. Unos meses después esos pueblos se empezaron a agrupar. (Lorena, 2013)

Es así que ellas y ellos relatan el inicio de su organización en autonomía priorizando la salud como uno de los ejes centrales de trabajo. Entre otras cosas mencionan también que esto se dio en *“relación solidaria con otras organizaciones nacionales e internacionales que nos vienen a visitar y a compartir sus formas y experiencias de vida en sus países y nos compartimos apoyos morales, también hay grupos y organizaciones que dejan una pequeña donación económica.”* (Patricia, 2013)

Así pues conocemos que el modelo de salud autónoma (aunque no solo el de salud) fue influenciado desde sus inicios por la compartición de experiencias diversas que permitieron que se configurara lo que hoy conocemos como el Sistema de Salud Autónomo Zapatista (SSAZ).

Durante los primeros años posteriores al levantamiento armado del 94 las atenciones se centraban en la asistencia sanitaria a las personas de las comunidades autónomas; esta consistía básicamente en que

los promotores que ya estaban en las comunidades y que habían sido formados por alguna otra organización como la ARIC [organización no gubernamental con presencia en varias regiones del estado de Chiapas] después de la guerra se dedicaron a seguir atendiendo en las comunidades y comenzaron a enseñar a otros porque a veces no podían solos (Florentino, comunicación personal, 23 de marzo de 2024)

Este funcionamiento se hizo público en 1997 donde se llevó a cabo el primer foro-encuentro de promotor@s y agentes de salud “la salud en manos del pueblo”; en donde se reunieron “91 trabajador@s y promotor@s de salud de 16 municipios del estado de Chiapas” (Promotores y agentes de Salud Autónomos, 1997). Derivado de este encuentro surgió la “Declaración de Moisés Gandhi” donde se dan a conocer los siguientes acuerdos:

- ❖ *Definición de salud*
- ❖ *Cómo queremos que sea la Salud*
- ❖ *Situación actual*
- ❖ *El papel de l@s promotor@s” (Promotores y agentes de Salud Autónomos, 1997)*

De este documento se rescata que la salud es

el bienestar del pueblo y del individuo, que contenga la capacidad y motivación para todo tipo de actividad, sea social o política [...] poder luchar por una patria nueva donde los pobres y particularmente l@s 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

[...] tener tierra donde trabajar, tener educación, una buena organización , tener libertad, respeto a la cultura y justicia
(Promotores y agentes de Salud Autónomos, 1997)

De ello resalto lo siguiente que es de suma importancia en el posicionamiento de las y los promotores y agentes de salud; primero hacer referencia a que la salud es más que solo el bienestar físico, sino que comprende lo mental. Otro factor para notar es que se explicita la importancia de la participación política de las personas en las comunidades y sobre todo, de los pueblos originarios exigiendo la autodeterminación.

Finalmente y no por ello menos importante, es hacer notar la influencia clara de las corrientes ideológicas de Atención Primaria a la Salud que se hablaron anteriormente y que tienen que ver con la Declaración de Alma Ata y con la Determinación Social de la Salud; es decir, el reconocimiento y la comprensión clara de las y los promotores y agentes de salud en torno a que las condiciones sociales de vida y vivienda inciden de manera directa e importante en el estado de salud de las personas y comunidades.

En la Declaración de Moisés Gandhi se nombra a los promotores de salud como *“personas elegidas por la comunidad para promover acciones que de manera organizada permitan mejorar las condiciones de vida y salud de la población”* (Promotores y agentes de Salud Autónomos, 1997); en suma, las y los promotores y agentes de salud describían que su trabajo *“se basa en amor y el servicio a nuestras comunidades y a nuestro pueblo, las dependencias gubernamentales nos dividen, nos ataca el gobierno con sus “promotor@s” de escasa formación y que reciben sueldo”* (Promotores y agentes de Salud Autónomos, 1997).

En este documento las y los promotores dejan claro que ellas y ellos son parte de la comunidad y que por ello tienen una legitimidad de gran importancia que les posibilita el

realizar acciones en salud. De la mano de ello deja ver el sentido crítico al sistema de salud gubernamental que no solo les desconoce sino que también les ataca: esto permite hacer una lectura sobre la clara politización de las personas que participaban como promotoras y agentes de salud.

De igual manera deja claro que ellas y ellos conocían muy bien la realidad en la que vivían, la tenían muy analizada, esto les permitía ejercer acciones con ella. En términos estrictos entonces podríamos aplicar la teoría de agencia de Norman Long entendiendo la agencia como *“cierta capacidad de conocer en tanto que las experiencias y deseos son reflexionadamente interpretados e interiorizados, y por otro, la capacidad para manejar tanto habilidades relevantes, como acceso a recursos materiales y no materiales, así como involucrarse en prácticas organizativas particulares.”* (Long, 2007)

Entonces estos promotores y agentes de salud en 1997 reconociendo su capacidad de agencia se posicionaron y declararon una serie de puntos que dejaba ver sus compromisos que tenían que ver; en términos generales, con la exigibilidad de la autodeterminación como pueblos originarios, de mejora en las condiciones de vida y vivienda, de reconocimiento comunitario y gubernamental de la figura de “promotor de salud autónomo”.

También declaraban una exigencia clara para el ejercicio pleno de los derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud, desde la garantía de la atención en salud a las comunidades hasta la participación de la comunidad en el funcionamiento de los centros de salud; haciendo mención también de la necesidad de que la atención en salud sea con *“trato humano”*.

Esta declaración entonces deja ver la potencia de la acción colectiva que se realizó en aquel momento y que marcó un hito en la historia del SSAZ dado que después de estos años el sistema continuó con la misma perspectiva en salud.

Dentro de la declaración de Moisés Gandhi también se hacía referencia a la “*necesidad de compartir los conocimientos con hueseros, curanderos, iloles (médicos tradicionales) y parteras*” (Promotores y agentes de Salud Autónomos, 1997); esta propuesta fue retomada en años posteriores y se integró al SSAZ con lo que se denominó las tres áreas y que fue impulsada principalmente por mujeres y fue reconocido por el Comité Clandestino Revolucionario Indígena (CCRI) cuando en 2015 dijeron

hay algo que hemos descubierto gracias a la práctica de las compañeras cuando se habla de tres áreas; es decir de parteras, hueseras y plantas medicinales, donde ellas dijeron de que hay que rescatar esa cultura de cómo antes no se necesitaban los médicos- porque de por si nunca los conocieron-, que vivieron sobre las plantas, raíces, hojas, cáscaras [...] toda la sabiduría, la inteligencia, la estamos enterrando bien, entonces tenemos que rescatarlo (Subcomandante Insurgente Moisés, 2015)

El sistema de salud autónomo ha ido creciendo con los años y ha integrado a su estructura

botiquines que tienen algunos promotores en sus comunidades donde atienden solo en caso de urgencia, casitas de salud donde dos o tres promotores de la misma comunidad o de la comunidad vecina se turnan para atender consulta todo el tiempo, las clínicas autónomas que están en algunos de los municipios autónomos y hay también algunas clínicas que son de zonas, ósea de varios municipios” (Florentino, comunicación personal, 23 de marzo de 2024)

Entonces el SSAZ se ha ido configurando de esta forma y ha contado siempre con el acompañamiento de diversas organizaciones estatales, nacionales e internacionales

dentro de las que se encuentra SADEC quien ha acompañado el proceso de la construcción de la salud comunitaria desde los inicios.

Esta relación se deja ver en varios niveles donde algunos refieren

En nuestro municipio las clínicas están funcionando coordinadamente con nuestras autoridades. Hay compañeros y compañeras promotoras y promotores permanentes, ellos están trabajando y turnándose en los cuatro centros. También tenemos la participación de médicos pasantes, ellos pasan 20 días trabajando y toman 10 días de descanso. Estamos coordinados con el SADEC de Palenque, entonces llegan los médicos que vienen como apoyo de la UAM (Roberto, 2014)

En la cual se hace referencia al acompañamiento en la parte asistencial en donde SADEC funciona como vínculo con la UAM para que pasantes de servicio social universitario lleguen a las clínicas autónomas a realizar labores de asistencia en salud; con lo que se pone en práctica la ruptura de paradigmas en el modelo de atención en salud que es enseñado en las universidades que tiende a ser más biologicista.

De igual manera SADEC es reconocido en las comunidades por la labor que realiza en el área de formación y capacitación en salud; de ello refieren *“es bonito porque el SADEC nos acompaña y luego viene Ful y otros a darnos talleres sobre la salud, cómo debemos atender, qué debemos recetar y también nos dieron el libro que nos ayuda mucho para estudiar y atender bien”* (Mari, comunicación personal, 15 de enero de 2025)

Otra forma de colaboración que tiene SADEC con las comunidades autónomas es en la realización de gestiones ya sea con espacios gubernamentales o con otras instituciones por lo que refieren *“nosotros hacemos una constancia para mandar a que vaya a un hospital, por ejemplo a la Clínica de San Carlos en Altamirano y también en SADEC para ver cómo se puede apoyar a esos compañeros [...] Nosotros llegamos a recoger las*

vacunas en el SADEC, es por eso que cada tres meses están vacunando los compañeros a niños y niñas” (Edgar, 2014)

Esto deja ver que las tres acciones fundamentales de SADEC son reconocidas y valoradas por las comunidades autónomas en sentido estricto se valora el apoyo de médicas y médicos, la formación y capacitación y las gestiones; de igual manera deja ver que la relación que se da entre el SSAZ y SADEC es un tipo de simbiosis en la que ambos actores resultan beneficiados de las acciones del otro; es decir, el SSAZ y las comunidades autónomas se benefician de la presencia de SADEC y a la inversa. (en el siguiente capítulo se profundizará sobre estas dimensiones de análisis del trabajo de SADEC en las comunidades).

También resulta importante hacer notar que todo el contexto nacional y estatal generó la necesidad en la población y que estas necesidades, en su mayoría no eran (ni son) cubiertas por el Estado y ello permite de manera especial que organizaciones tengan razón de ser y en materia de salud, estas necesidades son menos visibilizadas y eso permite que SADEC exista sobre todo este entramado.

Todas las intervenciones que SADEC realiza están inmersas en un marco legislativo, nacional y estatal; no así las acciones del SSAZ por su carácter de autónomo. En lo que a SADEC corresponde ha ido sorteando una serie de cambios en la política pública que le han impactado desde su fundación en el marco de actividades que realiza; a continuación propongo hacer un recorrido cronológico por los cambios que se consideraron más importantes en la política pública y que de alguna u otra forma impactaron en la organización.

Para comenzar en el marco del levantamiento de 1994, lo que en aquel entonces era el Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas (mencionado en capítulo 3); se desarrollaba dentro del Instituto Nacional Indigenista (INI); en el cual se accedían a recursos federales para su operativización y con este contexto, este programa fue totalmente suspendido (esto incentivo a fundar SADEC).

Posteriormente, en otro campo de las instituciones gubernamentales, se dio la cancelación del *“convenio de colaboración entre la UAM-Xochimilco y la Secretaría de Salud del Estado, por lo que se impedían que los pasantes de servicio social siguieran llegando para colaborar en clínicas de primer nivel de atención en campos de la misma secretaría e incluso IMSS”* (J. Heredia Cuevas, comunicación personal, 28 de abril de 2024) En continuidad, en el mes de agosto de 1995 la revista proceso, publicó un número cuya portada se muestra a continuación:

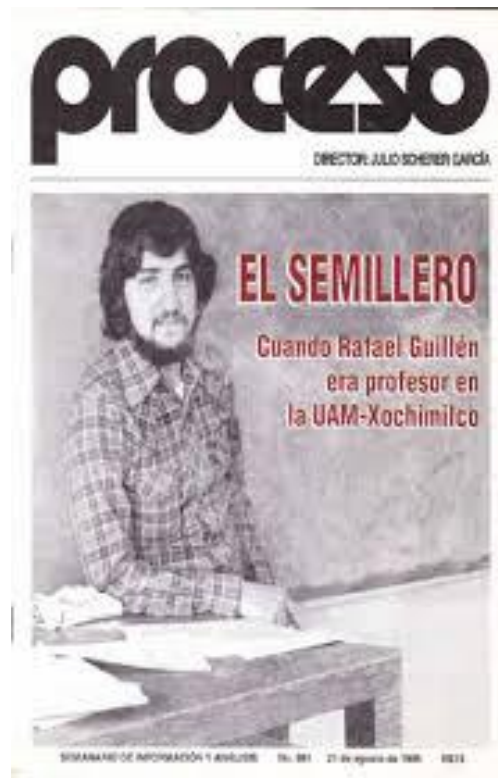


Ilustración 35 Portada de Revista proceso. Fuente: búsqueda de Google imágenes

La evaluación que realiza SADEC es que la publicación de este artículo influyó de alguna manera en que el convenio no fuera renovado; sin embargo ya existía la vía de las organizaciones de la sociedad civil que colaboraban con la recepción de los pasantes de servicio social y les permitían continuar con las labores asistenciales en las comunidades.

De la mano de esto en el estado de Chiapas se generó una política que se denominó “guerra de baja intensidad o guerra contrainsurgente” y que se define como la *“intención de desgaste hacia las guerrillas, por medio de acciones políticas y psicológicas, en vez de armadas (lo cual no descarta la intervención del ejército, pues su participación es más discreta”* (Arriaga Cruz, 2013). Esta guerra de Baja Intensidad comprendió acciones que también formaban parte de la estrategia con el objetivo principal de aislar, deslegitimar y sofocar para que el movimiento zapatista perdiera la estabilidad que demostraba.

Estas acciones por ejemplo comenzaron a reflejarse en políticas gubernamentales del tipo “PROCEDE” que si bien, fue creado en 1992 para la regularización de las tierras; posterior al 94 se le dio mayor auge; “PROCAMPO” que fue creado en 1993, pero que siguió la misma lógica que el programa mencionado anteriormente.

En términos de salud se creó el programa PROGRESA que dio inicio *“el 8 de agosto de 1997 con una cobertura de 300 mil familias en el ámbito rural.”*(Gobierno de México, 2016) este programa abarcaba los ejes de Educación, Salud y Alimentación cuyo objetivo refería ser *“remover obstáculos que impiden a las familias pobres acceder a niveles suficientes de nutrición y cuidado de su salud, así como beneficiarse de la formación y capacidades que se adquieren a través de una educación básica adecuada”*

(Gobierno de México, 1997) Así este programa comenzó su implementación en las comunidades generando una oferta para las familias que se habían declarado zapatistas con la “promesa” de que tendrían un mejor nivel y calidad de vida.

Sin embargo, pronto se pudieron identificar que las demandas que hacían visibles en el Congreso Indígena de 1974 no habían cambiado mucho 20 años después, puesto que el sistema de salud y educación que les ofrecían a las comunidades continuaba siendo una réplica fiel del habitus médico que se fomentaba desde el modelo médico hegemónico.

Esto abría la posibilidad de permanencia a las y los colaboradores de SADEC pues las personas de las comunidades les perciben como

buenos médicos, las doctoras, los dentistas, enfermeras, todas las que han llegado acá nos ayudan, tienen ganas de aprender de lo que hacemos nosotros acá, como los promotores, las parteras, los hueseros. Ellas sin nos dejan que sigamos tomando plantas, no nos regañan cuando nos dan la consulta y nos ayudan a que entendamos bien como debemos hacer para no enfermarnos” (Gloria, comunicación personal, 23 de marzo de 2024)

En otro aspecto más institucionalizado se comenzó a implementar la credencialización de las parteras y promotores de salud; que si bien es cierto se instruyó desde la creación del IMSS COPLAMAR (Programa Nacional de Solidaridad por Cooperación Comunitaria) en 1983, se intensificó después del levantamiento zapatista, implementando una política restrictiva que *“generaba conflictos en las comunidades porque podía ser que en una comunidad hubiera tres o cuatro parteras pero el IMSS solo le daba credencial a una, generando descontento en el resto y una división en las*

comunidades” (Mari, comunicación personal, 15 de enero de 2025) Esto con la clara idea de la Guerra de Baja Intensidad (GBI) de deslegitimar y dividir.

Sobre la atención a mujeres embarazadas, en el año 2001 se creó el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida que tenía

como propósito brindar información y servicios de salud de calidad para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones a todas las mujeres mexicanas, así como igualdad de crecimiento y desarrollo a todas las niñas y niños, desde antes de su nacimiento hasta los dos primeros años de vida” (Secretaría de Salud, 2002);

en el marco de este programa se informaba de la certificación de parteras en colaboración con el IMSS-Solidaridad (en ese entonces) y con el Consejo de Normalización y Certificación de Competencia Laboral; siendo así sometidas las parteras a una acreditación que replicaba el modelo paternalista del habitus médico.

Pese a que la norma vigente era la que se había publicado desde 1993 (NOM-007-SSA2-1993) y no restringía la atención de partos en primer nivel de atención, en el año 2002 se establecieron mecanismos de control más estrictos respecto a la atención de partos, respaldados por el programa antes mencionado; y las normas oficiales mexicanas, que favorecían la atención de partos en el segundo nivel de atención; si bien no era una prohibición explícita si lo hacían de manera tácita al decirles a las parteras cosas como *“si atiendes a la mujer y se te muere va a ser tu responsabilidad y puedes ir a la cárcel”* entre otros comentarios más; que al final cubrían con esta finalidad de deslegitimar la práctica de la partería desde el modelo médico hegemónico pero también de debilitar la misma práctica.

Con el paso de los años, la GBI fue modificando estrategias, en el caso de la salud un nuevo obstáculo se presentó en el año de 2004 con la implementación del Seguro Popular, cuyo funcionamiento se basaba en *“un esquema de aseguramiento público en salud a través de afiliación voluntaria, dirigido a la población que no contaba con seguridad social vía una relación laboral, con el fin de disminuir sus gastos en salud”* (CONEVAL, 2019) esta política generaba la necesidad de afiliación mediante documentos “oficiales” de identificación (acta de nacimiento, CURP o credencial de elector) y de comprobación de domicilio (recibo de telefonía, servicio de energía eléctrica o carta del comisariado ejidal); con lo cual, se impedía por completo el acceso a la atención en salud para las personas que formaban parte de las Bases de Apoyo Zapatistas; pues al estar en autonomía, no cuentan con dicha documentación.

Lo anterior sin mencionar que el Seguro Popular *“operaba a través de diferentes catálogos (CAUSES, FPGC, SMSXXI) que definen las intervenciones que son susceptibles de ser ofrecidas por los prestadores, lo cual, limita la garantía del derecho al acotar la protección a una serie de intervenciones predefinidas”* (CONEVAL, 2019), así pues pese a que fue una política pública federal que buscaba favorecer la tendencia a la privatización de los servicios de salud, también impactó de manera directa al movimiento zapatista como parte de esta GBI, pero no solo a las bases de apoyo zapatistas puesto que en las comunidades indígenas existe un gran número de personas a quienes les es imposible acceder a esta documentación y eso no debería influir en el ejercicio de sus derechos humanos, el de la salud en este caso. Este programa se mantuvo vigente hasta 2018.

Lo cierto es que todo lo anterior también contribuyó de manera importante a la privatización de la salud, al desmantelamiento del primer nivel de atención, al abandono de la promoción y prevención en salud y al olvido de las acciones colectivas en salud y la construcción de la salud desde la perspectiva de integralidad y multidisciplinariedad.

Los años transcurrieron y ahora nos enfrentamos a un gobierno que se autodenomina como la cuarta transformación del país; si bien es cierto que el partido que llevó a la presidencia de la república a Andrés Manuel López Obrador se denomina de tendencia política izquierdista institucional, también lo es que incluyó en su gabinete a personajes que habían sido conocidos previamente en otros partidos políticos de derecha o “centro-derecha”.

En este sentido desde 2019, con esta alternancia política en el ámbito de la salud se inició con el impulso de

un sistema universal de acceso a servicios de salud para que cualquier persona, sin importar su condición económica, social o cultural, sea atendida como lo merece, con médicos, especialistas, estudios y medicamentos gratuitos, y que la salud deje de ser, en definitiva, un privilegio y se convierta en un derecho universal de nuestro pueblo.” (Robledo, 2024)

Esto deja ver un modelo de atención en salud que prioriza la atención universal sin hacer la diferenciación de las personas; de igual forma, mencionan que este modelo considera lo siguiente:

- 1. Promoción de la salud que proporciona a las personas los medios necesarios para la adopción de estilos de vida saludables a través del autocuidado y la promoción de actividades colectivas.*
- 2. Prevención de enfermedades a través de intervenciones que mitiguen riesgos específicos para la aparición de enfermedades, tales como la vacunación.*

3. Tratamiento que incluye diagnósticos de manera oportuna para el adecuado control de enfermedades.

4. Rehabilitación para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos, y cuidados paliativos.

5. Prevención y alivio del sufrimiento por enfermedades potencialmente mortales a través del tratamiento correcto del dolor y otros problemas. (Robledo, 2024)

Esto deja ver una relación clara con lo propuesto en la Declaración de Alma-Ata en 1978, donde se prioriza la Atención Primaria de la Salud desde la promoción y prevención de la salud, considerando también a la autogestión en salud, la colectividad y la organización comunitaria.

Así, pues, podríamos decir que con la implementación del IMSS-BIENESTAR en 2019 se habría acabado la labor de las organizaciones de la sociedad civil que realizan esta labor en temas de promoción y prevención de la salud. Sin embargo, esto fue apenas el comienzo de la reforma y con ello venía todo el reto del rescate de un sistema de salud que tenía el primer nivel de atención desmantelado; y que en oposición a lo anterior, ahora proponía fuera el espacio más importante de la atención en salud del país.

El mismo Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social reconoce los retos que ha implicado este cambio de perspectiva en la atención en salud en el país y deja ver que factores como cobertura, infraestructura, insumos, personal han mejorado; sin embargo aún no se encuentran en el funcionamiento óptimo o del 100%, es así que la labor que realizan las organizaciones de la sociedad civil como SADEC aún tienen cabida en el marco de disponibilidad y acceso a la salud; sin embargo, resulta importante también mencionar que el *habitus* médico se sigue replicando/heredando a las y los recién egresados, que el modelo médico hegemónico tiene una relación indivisible con el modelo capitalista que permea cada espacio de nuestras vidas y que esa también es

una de las tantas cabezas de la hidra que se deben cortar pero que quizá surgirá una nueva que lo perpetúe.

De igual manera, resulta importante hacer mención que en este entramado de actores en salud que van desde el personal comunitario, las profesionales de la salud, las instituciones gubernamentales, la población civil y las comunidades autónomas hay relaciones que fluyen de manera casi natural y otras más que están totalmente interrumpidas como la relación entre las instituciones gubernamentales con las comunidades autónomas, no siendo el caso de SADEC que tiene una relación orgánica con estas comunidades y que en más de una ocasión le ha posicionado como “intermediario”.

En ese sentido, es importante recalcar que ahí es donde la labor de SADEC con este ánimo colaborativo, de construcción colectiva y de retroalimentación y fortalecimiento de actores sociales se vuelve importante, con esta relación de tensión en algunos momentos pero que al final logra establecer una comunicación fluida bidireccional entre el modelo de atención en salud alópata y el modelo tradicional, generando espacios de atención que las personas perciben como más amables, buenos, mejores y que satisfacen en cierta medida estas demandas que hacían en el congreso del 74 las comunidades indígenas; sobre todo cuando hablaban de:

Proponemos que haya un comité de salud en la misma comunidad, que vigile y eduque y reciba preparación de gente que conozca la medicina indígena y la medicina del doctor.

Que médicos y pasantes vayan al campo a trabajar con el deseo de ayudar a sus semejantes. Que se acabe la discriminación.

Que haya preparación de enfermeros indígenas y que no se les inculquen prejuicios contra la medicina indígena.

Que se estudie el modo de integrar ambas medicinas con la colaboración de curanderos tradicionales.

Hacer una investigación seria de la medicina indígena y que la conozcan los doctores. Que los doctores nos traten como gentes y aprendan nuestra lengua. (Secretaría de Salud, 2015)

Todo lo anteriormente expuesto como GBI intenta debilitar en mayor o menor medida el movimiento autónomo zapatista; sin embargo, en contracorriente está el fortalecimiento de la perspectiva de derechos, particularmente el derecho a la salud que ha permitido que el Sistema de Salud Autónomo Zapatista se recree y operativice bajo ese marco de autonomía y de ejercicio de resistencia desde el derecho humano a la salud o lo que en las comunidades nombran como el “*lekil cuxlejal*” o buen vivir en tseltal.

Capítulo 5. Transformaciones de salud en las comunidades donde SADEC colabora

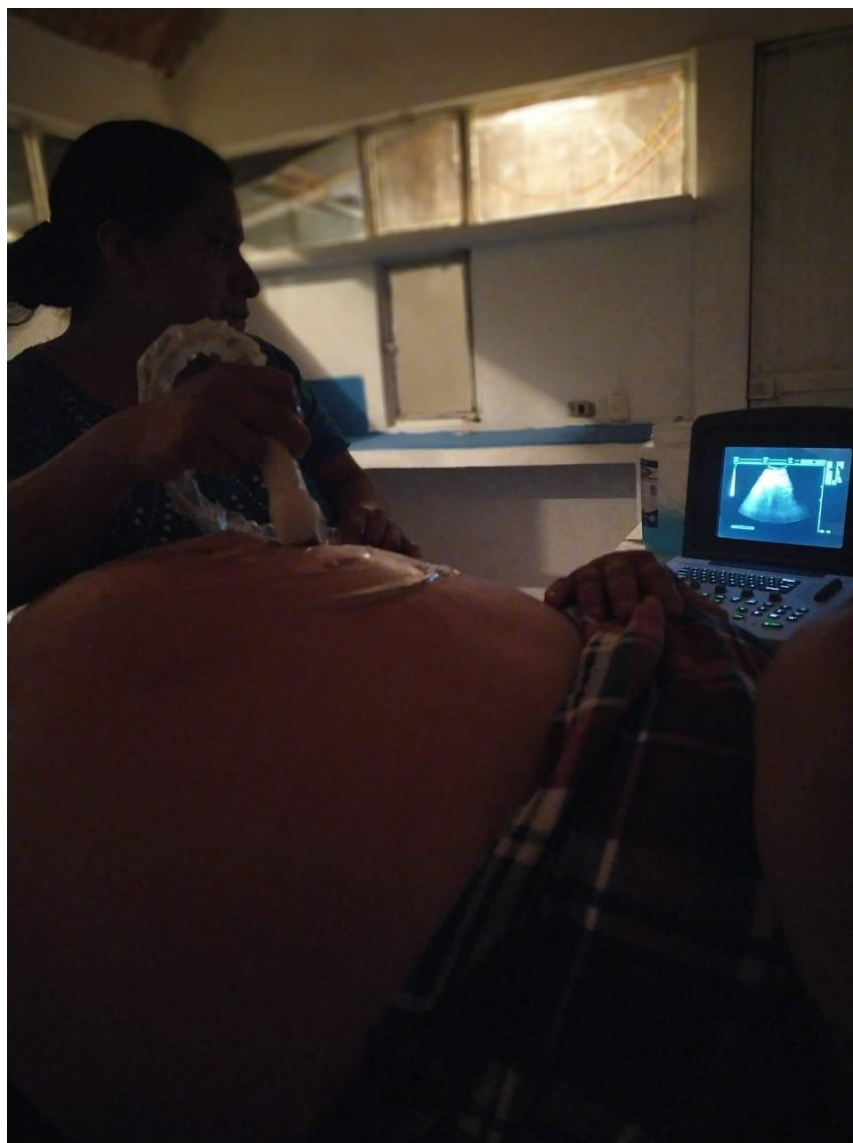


Ilustración 36 Partera usando equipo de ultrasonido. Fotografía: Juan Martínez Vásquez

Este capítulo se dividirá en 3 apartados; por una parte, realizaré un contraste con lo que propone como salud comunitaria desde el Sistema de Salud Autónomo Zapatista (SSAZ), con lo que SADEC plantea. Por otro lado, describiré cómo se configura el modelo de salud comunitaria donde la organización trabaja, cómo se da la interacción entre ambas organizaciones y cómo es concebido por las personas que han sido capacitadas por SADEC

Finalmente pretendo realizar un análisis crítico de la estructura y participación de SADEC en las comunidades, con base a las propuestas de trabajo y lo que las personas perciben de éste para poder determinar la pertinencia de las acciones realizadas en el pasado y si estas acciones continúan siendo pertinentes en el contexto actual.

5.1 El Sistema de Salud Autónomo Zapatista y SADEC; estructura y existencia conjunta

Para este capítulo resulta importante rescatar que dentro del movimiento autónomo zapatista la salud siempre fue una de las demandas centrales en que se mantienen hasta el día de hoy; esta se ha ido configurando de manera diferente con el paso del tiempo y con la metodología que ellas y ellos mismos nombran “caminar preguntando”.

Podríamos decir que el SSAZ, al igual que la mayoría de las estructuras del EZLN descansa en la población de base y en la estructura de Promotoras y Promotores de salud que han logrado conformar a lo largo de los años.

El promotor de salud es:

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 causa profundas que están sustentadas en una situación política injusta (Rivas Bocanegra, 1999)

Ellas y ellos son los que se encuentran brindando la atención dentro del SSAZ. Resulta importante recordar que estos promotores y promotoras,

Fueron formados en la década de 1980, a partir del trabajo en salud por diferentes sectores como la Iglesia, las organizaciones no gubernamentales y las universidades, quienes realizan trabajo en varias regiones del estado, principalmente rurales e indígenas, regiones donde la pobreza y desigualdad son características” (Amoroz Solaegui, 2011)

Este el punto de convergencia importante en términos temporales que nos sirve para situar a SADEC; puesto que permite relacionar la parte histórica de la organización que ha sido descrita en el capítulo 1; con el “Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas” que logró vincular a personal y pasantes de servicio social de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco (UAM-X) y del Instituto Nacional Indigenista (INI), con comunidades campesinas de la región Marqués de Comillas y del Valle de santo Domingo en los 80’s y principios de los 90’s y que se vuelve importante punto de referencia para la creación e inicio de acciones de SADEC en 1994.

De todo lo anterior es preciso rescatar la alta congruencia del diseño, estructura y aplicación del SSAZ, donde no se concibe la salud sin dignidad, organización, techo, comida, tierra, aire y sin las compañeras y compañeros. Esta congruencia e interseccionalidad (como se le ha categorizado desde la academia), está plasmada en el

día a día de las comunidades autónomas zapatistas y en las acciones cotidianas de quienes hacen parte del SSAZ.

Ellas y ellos no solo se dedican a la consulta, a recetar medicamentos, a hacer ultrasonidos; ellas y ellos también van a las escuelas a desparasitar a las niñas y los niños, también van a las casas a ver cómo están los drenajes, participan de las pláticas con las autoridades. Ellas y ellos son parte de esta forma instrumentalizada del anhelo de la Atención Primaria de la Salud; donde lo principal es prevenir, donde el trabajo con las personas se realiza en sus casas y con la participación activa de todas y todos. Que aparte deja ver una experiencia pura de educación popular teñida de resistencia y autonomía.

Las acciones de este modelo de salud comunitaria permean hasta lo más profundo del cotidiano, de la vida diaria de cada una de las personas de la comunidad (zapatistas y no zapatistas), así pues; la partera del pueblo, el promotor de salud, la curandera, la promotora de plantas, el huesero, atienden a todas y cada una de las personas de la comunidad que lo requieran. Esto haciendo congruencia al *“Todo para todos y nada para nosotros”* del Subcomandante Insurgente Marcos.

Este modelo de atención unifica a la comunidad, apertura acceso a “otra salud” diferente a la de los centros de salud, Unidades Médicas Rurales, Consultorios Privados, Farmacias u Hospitales; este modelo lleva la salud a las personas, a todas ellas y ellos que están en las comunidades con la gran ventaja de ser operado por personas locales; ellas y ellos mismos; la mamá, la hija, el tío, el primo; que conocen de toda la vida, que comparten cosmovisión, cultura y lengua y que se han formado con otras y otros que saben para poder acompañar la salud del pueblo.

En lo que corresponde a SADEC y su vinculación con la UAM-X, fomentando la perspectiva de salud desde la parte académica decolonial, con influencia de varias teorías que se han formado y fortalecido desde los espacios de análisis crítico, como la de Bordieu en sentido de ser seres a quienes nos *“corresponde una clase de habitus (o de aficiones) producidos por los condicionamientos sociales asociados a la condición correspondiente”* (Bordieu, 1997) lo que permite identificar la raíz del actuar médico, entendido como habitus y la necesidad imperiosa de deconstruir el mismo en el personal de salud universitario, invitándole a descubrir otras líneas de acción que se apegan más perspectivas sanitarias amplias que van a una construcción colectiva, participativa, crítica y con análisis interseccional.

Lo anterior complementado con lo que Paulo Freire en 1997 describió al decir que *“la lectura crítica del mundo es un quehacer pedagógico-político inseparable del quehacer político-pedagógico, es decir, de la acción política que supone la organización de los grupos y de las clases populares para la reinversión de la sociedad”* (Freire, 2012), que puede ser leído para describir la postura de SADEC al acompañar el proceso de aprendizaje desde lo crítico y político que busca fomentar la organización comunitaria en torno a la salud para que, al final la comunidad tenga un estilo de reinversión que lleve al *“lekil cuxlejal”* o buen vivir.

Justo es en este punto donde el SSAZ y SADEC tienen la confluencia ideológica más grande y donde se inicia el caminar juntos, no en una total similitud, pero tampoco totalmente distanciados; este punto de coincidencia es el que permite la colaboración entre ambos espacios organizativos desde el análisis crítico, el aprendizaje desde lo popular y la acción política para obtener resultados en la dinámica comunitaria.

Es entonces así que desde las teorías se puede entender el caminar y quehacer de SADEC compartido con el SSAZ; resulta importante establecer la diferencia clave de ambos procesos, reiterar que no son uno mismo sino que se acompañan. El SSAZ desde la organización totalmente comunitaria bajo la coordinación general de EZLN y SADEC como organización de la sociedad civil que colabora con otras instituciones y organizaciones en temas de salud comunitaria y educación popular.

Para comprender de mejor manera la interacción que tiene SADEC con el SSAZ es preciso describirlo, para ello también resulta importante mencionar que la interacción se precisa de manera diferenciada en cada uno de los espacios clínicos del SSAZ donde SADEC tiene presencia.

Esta diferencia de interacción obedece en un primer momento a la organización misma del SSAZ; que es en cuanto a infraestructura básicamente en cuatro niveles de atención:

- 1) Botiquín: esté se encuentra a cargo de un promotor o promotora de salud autónomo y regularmente es en la casa del mismo, donde brinda atención en salud a las personas de su comunidad.
- 2) Casas de salud: estas se encuentran en comunidades y conglomeran cuando menos a dos promotores de salud que son los responsables de atender a las personas que lo soliciten, de la comunidad donde se encuentra, pero también de las comunidades aledañas.
- 3) Clínicas regionales: En estas se brinda atención a las personas de la comunidad donde se ubican y a las personas de comunidades aledañas, la organización geográfica está definida de acuerdo a las regiones del gobierno autónomo zapatista; la atención en estos espacios de salud corre a cuenta de un grupo de

promotores que viven en las comunidades que conforman las regiones, estos promotores de salud realizan rotaciones para mantener la atención en salud de manera continua

- 4) Clínicas zonales: estas clínicas se ubican en lo que anteriormente era conocido como “caracoles zapatistas” que son las oficinas del gobierno autónomo zapatista y ofrecen atención en salud a las personas que ahí rotan para las labores del gobierno autónomo y también a las personas que viven en esa comunidad o comunidades aledañas.

Por otro lado, la estructura política de SSAZ tiene la lógica de construcción de la salud en diferentes niveles que van desde lo local, hasta lo regional; estando todos íntimamente relacionados y con comunicación multilateral para la toma de decisiones, construcción y definición de líneas de trabajo y para la operativización del sistema de salud. (Ilustración 25)

Figura 1. Estructura Política del SSAZ.

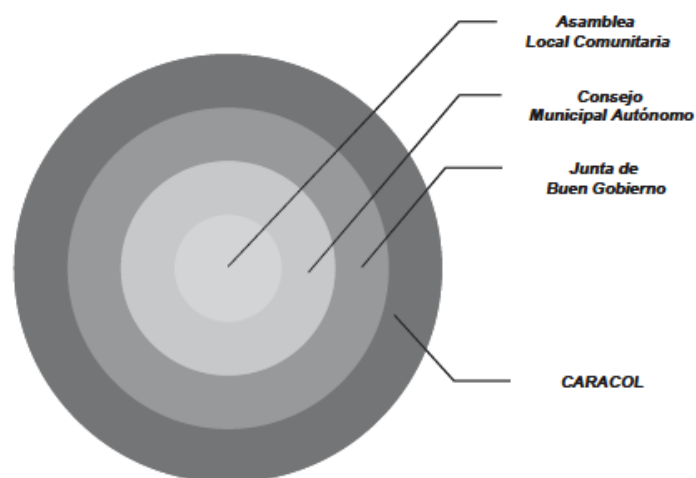


Ilustración 37 Fuente Chávez VJ (2008) "El Sistema de Salud Autónomo Zapatista. Un acercamiento a su política de Salud" Gaceta Urbana No 6-7. (87)

Esta lógica de construcción de la salud en el SSAZ lleva a que las organizaciones, personas, colectivos o grupos que les acompañan y se suman en el proceso de construcción de la salud comunitaria, tienen a su vez relación con las personas operantes del SSAZ (promotores de salud, parteras, hierberas, hueseros) en los espacios de infraestructura y también hay una relación con las y los representantes de la estructura política. Esto se vuelve importante porque entonces las acciones que se realizan en esta interacción tienen diferentes niveles:

- 1) El nivel local que se enfoca mucho al sentido de la atención directa en salud; es decir, la consulta médica y las acciones de promoción y prevención en salud.
- 2) Los niveles municipales donde las intervenciones tienen más sentido formativo con grupos de promotores de salud y parteras para que ellas y ellos puedan realizar las atenciones en sus comunidades.
- 3) Los niveles regionales o las juntas de buen gobierno donde la interacción tiene un sentido más orientado a la incidencia política, las gestiones para relaciones con las comunidades y las capacitaciones que ahí se realizan van más en la lógica de formar formadores; es decir, capacitar a personal comunitario de salud que a su vez vaya a los otros niveles a realizar la formación de otros promotores de salud y parteras.

Todo lo anterior reitera entonces que la relación que guarda SADEC con el SSAZ no es igual en todos los espacios donde se encuentra colaborando, sino que se desenvuelve diferente y eso deja ver lo polifacético que pueden ser las intervenciones en salud que

se realizan conjuntamente. De igual manera al ser desarrolladas de manera diferente, obligan a analizarse de manera separada.

A continuación describiré las relaciones que se han desarrollado a lo largo de los años de intervención de SADEC en 4 comunidades diferentes, donde tienen en común contar con presencia continua los últimos 10 años. Para ello resulta importante mencionar que el orden de las comunidades obedecerá a la presencia en cronología, lo cual no tiene que ver con importancia ni con prioridad de las intervenciones ahí realizadas.

5.2 Las Tazas, Municipio Autónomo San Manuel; Municipio Oficial Ocosingo, Chiapas.



Ilustración 38 Clínica Autónoma de los Pobres. Las Tazas, Ocosingo Chiapas

Esta comunidad es una de las que se reconoce por SADEC como las comunidades de mayor relevancia histórica, esto dado que fue la primera comunidad en la que oficialmente se comenzó la interacción con el EZLN.

En esta “existía la clínica antes de SADEC, esta inició cuando terminaron de construir la iglesia, por ahí de 1969 la hizo la ARIC [Asociación Rural de Interés Colectivo]; ahí la comunidad se organizó para construirla porque vieron necesidad.” Florentino, un hombre de 44 años que nació, creció y vive en el ejido da cuenta de ello. (F. Rodas, comunicación

personal, 4 de junio de 2024) Esto constituye un antecedente importante que deja ver que la comunidad ya visibilizaba el problema de accesibilidad en tema de salud y decidió realizar algo para solventarlo antes del levantamiento armado del 1994 e incluso, previo al Congreso Indígena del 74.

Si bien es cierto que el problema de salud no se resuelve con una construcción; también lo es que la comunidad organizada ya iniciaba el camino de la construcción de la salud comunitaria. Florentino dice que su

papá fue el primer catequista del pueblo, él iba a cursos a San Cristóbal [de Las Casas] y ahí fue donde conoció a un Doctor y a un enfermero; los invitó a trabajar en la clínica o a que le enseñaran a alguien de la comunidad para que nos atendiera. El doctor no vino a trabajar pero si enseñó a dos enfermeros; uno ya murió pero el otro trabajo muchos años en la clínica (F. Rodas, comunicación personal, 4 de junio de 2024)

Después de ello, alrededor de 1988 *“la comunidad se dividió pero la clínica quedó a cargo de la ARIC y se continuó teniendo la administración de la clínica en el ejido, porque nosotros la habíamos construido y desde acá podíamos seguirla manejando”* (F. Rodas, comunicación personal, 4 de junio de 2024) En los años que siguieron Florentino relata que la clínica siguió siendo parte de las comunidad con esa administración y los promotores de salud que se habían formado con el primer doctor continuaban dando la atención, y que también *“estaban las parteras de esos años, ellas siempre han estado acá desde antes de la clínica y también los hueseros y de las hierbas, esos siempre; no estaban en la clínica pero sí en la comunidad e igual atendían a la gente”* (F. Rodas, comunicación personal, 4 de junio de 2024)

Este transcurrir de la vida cotidiana y la salud comunitaria del Ejido Las Tazas, se vio turbado por el levantamiento armado del EZLN (1 de enero de 1994); sin embargo, hoy

se sabe que previo a ello ya había una organización comunitaria que desde la clandestinidad orquestó dicho levantamiento. Como lo dice el Subcomandante Insurgente Marcos en noviembre de 2003

la noche del 30 de diciembre de 1993[...] Por radio había checado la posición de nuestras tropas que se estaban concentrando en varios puntos al borde de la carretera, a lo largo de las cañadas de Patiwitz, de Monte Líbano y de Las Tazas. Estas tropas correspondían al tercer regimiento de infantería. Eran unos 1,500 combatientes, La misión del tercer regimiento era la toma de Ocosingo. Pero antes de eso debían, “al paso” tomar las fincas de la zona y hacerse del armamento de las guardias blancas de los finqueros (Subcomandante Insurgente Marcos, 2003b)

Esto deja ver la importancia no solo del ejido Las Tazas, sino de toda la cañada en lo que fuera el levantamiento zapatista del 1 de enero de 1994 y de la participación activa en lo que fue la batalla más sangrienta de este hito histórico que fue en la cabecera municipal de Ocosingo. Es así entonces que podemos deducir que la región fue-es una parte muy importante para el nacimiento y continuidad del EZLN.

Después del levantamiento, la batalla de Ocosingo y la toma de tierras; ya en 1995

entró SADEC con el Dr. Joel y otros promotores, ellos entraron a dar cursos y comenzaron también a dar consulta. Cuando entraron había muchos zapatistas y no zapatistas también había pero como había doctores todos entraban a consulta; ya se había dicho desde los mandos que la salud era para todos y que a todos se debía atender aunque no fueran zapatistas; pero la mayoría sí eran (F. Rodas, comunicación personal, 4 de junio de 2024)

Sobre la entrada de SADEC en el ejido Las Tazas, el equipo de SADEC recuerda que; inició con la confianza y financiamiento de la organización internacional Médicos del Mundo España, quienes dieron pauta para que el equipo de salud entrara a las comunidades a dar atención con la protección de una organización internacional (que no

era garantía de seguridad pero algo ayudaba); establecidos en la clínica del ejido, con una bandera blanca en señal de neutralidad de puesto médico y con el compromiso firme de dar la atención a quien lo necesitara de la mano de quienes ya habían sido formados como promotores y promotoras de salud por otras instituciones u organizaciones y de las parteras de la comunidad.

No fue fácil este momento; particularmente los primeros meses de 1995, cuando el vocero dando el EZLN denunciaba lo siguiente:

El ejército federal se ha dedicado sistemáticamente al saqueo de las pobres viviendas de los campesinos indígenas, al robo de sus tiendas cooperativas, a la destrucción de sus campos de cultivo, al envenenamiento de sus alimentos, al pillaje de ganado de las comunidades. Prueba de todo esto pueden ser recabadas entre la población civil y en los ejidos La Garrucha, El Prado, San Juan, Sultana, Nueva Estrella, Las Tazas, La Unión, La Grandeza, Ibarra, Laguna Santa Elena, Guadalupe Tepeyac, Vicente Guerrero, Nuevo Momón y muchas otras, todas ellas comunidades de la Selva Lacandona. Sus casas destruidas, tiendas saqueadas, alimentos en grano envenenados con químicos, ametrallamiento de cafetales y milpas, camiones y camiones del Ejército federal cargados de ganado de las comunidades, todo esto se vive hoy en la Selva Lacandona dentro de la supuesta “Labor Social” del Ejército federal y vigilancia de la “Tranquilidad Social”. (Subcomandante Insurgente Marcos, 1995)

Todo esto, deja ver el patrón de la Guerra de Baja Intensidad que sufrieron las comunidades y que particularmente el Ejido Las Tazas también vivió. Hechos que personal de SADEC conoció por tener presencia en el territorio. De esta forma se puede entender el por qué la organización en ese momento únicamente se dedicó a la labor asistencial, es decir de atención médica; puesto que las condiciones de seguridad no permitían otras acciones; y sobre todo, porque la demanda más fuerte de la población era esa.

En los años subsecuentes el trabajo de SADEC tuvo que irse acomodando de acuerdo al contexto y de ello Florentino refiere que *“comenzaron a llegar doctores que trabajaban acá por un año, de SADEC mandaban mucho medicamento pero desafortunadamente la clínica no tuvo una buena administración”* (F. Rodas, comunicación personal, 4 de junio de 2024) sobre las modificaciones que se hicieron con el paso del tiempo también fue el inicio de las capacitaciones formales con la formación de promotoras y promotores de salud y parteras

primero se formaron 3 o 4 promotores que después se volvieron capacitadores para los demás; los cursos eran acá en la comunidad y empezaron a llegar muchos promotores, todos los de la región venían para acá, eran cursos grandes porque acá era el municipio autónomo. Luego, se llevaron el municipio a Zapata⁴ y allá los promotores dejaron de ir a los cursos y capacitaciones. Acá en Las Tazas teníamos como 15 promotores pero primero dejaron los cursos y se dedicaban solo a dar rotar en la clínica, ayudar a los doctores y dando medicamento cuando el doctor no estaba; ubo unos que se fueron a vivir a Zapata y quedaron solo 3 que al final fueron saliendo uno por uno (F. Rodas, comunicación personal, 4 de junio de 2024)

De esta comunicación con Florentino podemos ver que las labores iniciales que se limitaban a lo asistencial se transformaron con base a lo que se propone el SSAZ y SADEC a la formación y capacitación de los promotores y promotoras de salud. Aunque Florentino no lo menciona, las parteras también eran parte de estas capacitaciones en las que la idea principal era capacitar al personal de salud comunitario, para que ellas y ellos estuvieran como operadores principales del SSAZ en la clínica.

⁴ Comunidad Emiliano Zapata, sede del municipio Autónomo San Manuel desde aproximadamente el año 2000; se encuentra aproximadamente a 1 hora de distancia del Ejido Las Tazas en carretera de terracería.

Se puede leer en el párrafo previo lo que pasó con el tiempo y que derivó en la salida de los promotores, promotoras de salud y parteras de la organización autónoma, trayendo como consecuencia la debilitación del SSAZ en el ejido.

Sobre las labores más específicas Florentino dice:

se hacían también campañas de vacunación, SADEC y otros doctores nos ayudaban a conseguir la vacuna con la Secretaría de Salud; ellos iban y hablaban con los doctores en los hospitales para conseguirla y la entregaban a los promotores; acá los promotores iban a reuniones, planeaban, traían la vacuna, hacían pláticas en las comunidades y aplicaban las vacunas a las niñas y los niños; ellos trabajaban en coordinación con los promotores de educación; después dejó de funcionar bien, porque hubo muchos promotores que salieron; se fueron al norte a trabajar o agarraron los programas del gobierno y luego se dijo que había que reunirnos para nombrar a más nuevos promotores y que las autoridades trabajaran con ellos pero la gente ya no quiso (F. Rodas, comunicación personal, 4 de junio de 2024)

En el párrafo anterior podemos visibilizar la interacción clara de los diversos actores en salud, con SADEC y otras organizaciones y personas solidarias como intermediarios ante las instituciones de salud gubernamentales, el personal de salud comunitario, las autoridades comunitarias en salud y otras, los promotores de educación y la comunidad. Esto es la muestra del trabajo coordinado y que permite ver la operativización de ese modelo de salud comunitaria que había entre el SSAZ, SADEC y la APS. La campaña de vacunación también deja ver la incidencia en diferentes niveles de macro a micro:

- 1) Nivel local: el que realizaban los promotores con la comunidad mediante pláticas para que accedieran a la aplicación de vacunas en la población. De igual manera con lo local en el trabajo digamos interdisciplinario con los promotores de

educación quienes tienen contacto directo con las y los niños que son la población objetivo con esta acción.

- 2) Nivel municipal: en el que los promotores de salud de la región se coordinaban para distribución de las comunidades, planeación de la ruta así como las capacitaciones necesarias para el correcto manejo y aplicación de las vacunas. Y los diálogos necesarios con autoridades en salud, educación y gobierno autónomo para que se pudiera tener disposición de espacios físicos, convocar a la gente de las comunidades, disposición de vehículos para recoger las vacunas y toda la logística.
- 3) Nivel estatal: Que era realizado por así decirlo de manera tripartita entre la institución de salud gubernamental (Secretaría de Salud la mayoría de las veces), la organización que actuaría como intermediaria que fue SADEC en múltiples ocasiones y las autoridades comunitarias que se encargaban de ser voceras y voceros de todo lo que habían trabajado en los dos niveles previos; desde censos para saber cuántas vacunas se ocupaban hasta de la información de la logística de la aplicación de esas vacunas.

Todo esto deja ver la posibilidad de vinculación en diversos niveles, con diferentes espacios organizativos y que con la colaboración de todos la acción puede tener un impacto mayor; en términos de salud el análisis puede llevarse a visibilizar la capacidad de gestión con las instituciones, la intervención en sentido preventivo con la aplicación de la vacuna, y también la promoción de la salud con las plática informativas a las personas de la comunidad donde se realiza una sensibilización ante la acción preventiva

y que permite que la actividad se realice desde el consentimiento plenamente informado y no con la línea de imposición.

Como autoridad en salud y autoridad comunitaria Florentino también nos dejó ver que:

a veces no tenemos claras las funciones como autoridades, pero tampoco sabemos qué hace el doctor o cómo poder apoyarnos más con el SADEC, creo que un problema es que como muchos ya se salieron de la organización a las nuevas autoridades nadie les explica qué es lo que tienen que hacer ni cómo se hace el trabajo en la clínica; aparte de que ya nadie quiere ser autoridad ni promotor porque como no pagan, es difícil. Ahora las autoridades dicen que ya basta con tener un promotor, o aunque no sea promotor pero que venda el medicamento porque ya no hay doctores que quieran venir a trabajar a la clínica (F. Rodas, comunicación personal, 4 de junio de 2024)

De lo anterior, resulta importante mencionar que vemos el impacto del concepto clásico de desarrollo que es relacionado de manera directa con otros conceptos como “*progreso, civilización, evolución, riqueza y crecimiento [...] [y que] la riqueza era indicadora de prosperidad o decadencia*” (Valcárcel, 2006), por lo que las actividades no remuneradas del SSAZ dejan de ser de interés; desde otro punto de vista también está la salida de personas de la organización que en algunos casos se puede relacionar a lo que dice Alejandra Aquino en sentido de que la población zapatista

no vive al margen de la dinámica migratoria del estado [...] [si bien es cierto que] durante varios años, el zapatismo logró contener la migración de cientos de jóvenes que mantenían la esperanza de que sus reivindicaciones se podrían resolver en el mediano plazo por medio del dialogo con las autoridades gubernamentales y la sociedad. [...] [después] la migración se convierte en una nueva alternativa para muchos jóvenes zapatistas [...] [y] representa un enorme desafío para el movimiento zapatista, no sólo porque implica la pérdida de sus bases más jóvenes [...] sino también porque introduce nuevos valores, sentidos, horizontes y de esa forma le disputa al

zapatismo la hegemonía del proyecto político y de vida en la región (Aquino Moreschi, 2009)

Si bien es cierto que no se trata de mantener a las juventudes fuera del acceso a las tecnologías y modelos de vida que se han popularizado en años recientes; también lo es que estos modelos pudieran ser uno de los factores que invita a las y los jóvenes de las comunidades a migrar en búsqueda de un futuro “mejor” por lo que las comunidades cada vez cuentan con menos juventudes que deseen ser personal de salud comunitario.

Lo anterior no se limita a lo comunitario puesto que en el ámbito “profesional” universitario y urbano el discurso es el mismo, donde el personal de salud universitario no se visibiliza trabajando en zonas rurales sino en la urbanidad y con nivel mayor de especialización; todo esto fortalecido por el habitus médico que se desarrolla, recrea y fortalece desde un modelo médico hegemónico que a decir de Menéndez se explica por la expansión de la biomedicina debido a

su eficacia comparativa, a su pragmatismo, al incremento de la demanda, a su papel cada vez mayor en la reproducción del capital, y a su rol como legitimador de las fuerzas sociales dominantes. [Sumado a] la tendencia a focalizar los objetivos y los recursos del sector salud en los niveles secundario y, sobre todo, terciario perdiendo paulatinamente importancia el primer nivel de atención; lo que se articula con una constante tendencia a la especialización, que reduce cada vez más la posibilidad de aplicar enfoques holísticos en el trabajo médico. (Menéndez, 2020a)

Así pues se vuelve complicada la continuidad en la operativización del modelo de salud comunitaria porque se va debilitando desde la base; que es el personal con el que cuenta, por un lado promotores de salud que salen de la organización, imposibilidad de nombramiento de nuevos promotores de salud, recambio generacional donde las juventudes no desean ser personal de salud comunitario y las autoridades nuevas no

cuentan con la información suficiente para continuar operativizando el modelo de salud y por otro lado, personal de salud universitario que no tiene como horizonte trabajo en primer nivel de atención y menos aún en áreas rurales.

En cuanto a la atención en salud Gloria, una mujer de 40 años, madre de 5 hijas e hijos, campesina y que se dedica a labores del hogar; que nació y vive en Las Tazas dice

yo conocí a SADEC cuando me case con Florentino, porque antes si vivía yo acá con mi familia y veníamos a consulta siempre pero no sabía que el doctor era de SADEC; con mi familia decíamos que mejor venir acá porque nos tratan mejor, y aparte siempre hay alguien que puede atender, no como en el IMSS⁵ acá si nos explican qué tenemos y nos dan medicamento, aunque pagado pero siempre hay (G. López, comunicación personal, 5 de junio de 2024)

De igual forma sobre la atención en particular a las mujeres Gloria dice que

SADEC ha hecho un trabajo importante con las mujeres, por ejemplo, las embarazadas creo que ahora es más fácil que les atiendan primero porque acá les dan consulta y ya no se complican tanto, o se dan cuenta de que las cosas no van bien y las mandan a Ocosingo antes de que pase algo malo con ellas o con los bebés; aparte también desde que está el ultrasonido más mujeres vienen a revisarse. Otra cosa es que también cuando las mujeres se complican y tienen que salir saben que SADEC les apoya a veces acompañando o a veces con el dinero para que se vayan al hospital o para rentar el carro y eso creo que si ha hecho que las mujeres se mueran menos por el parto. Acá ya van muchos años que no muere una mujer por el parto [...] lo otro es con eso del papanicolaou, a mi me ha tocado decirles a las mujeres que es importante que si lo hagan, luego dicen que no querían porque les dolía o porque no les dan resultados pero ya vimos que acá con los doctores de SADEC no es así, nos explican para qué es, lo hacen y no lastiman y luego siempre nos dan el resultado y si alguien necesita otra cosa nos mandan al hospital para que nos atiendan (G. López, comunicación personal, 5 de junio de 2024)

⁵ En el ejido Las Tazas existe una Unidad de Medicina Rural del IMSS que ha estado ahí desde hace aproximadamente 15 años; sin embargo hasta el año pasado no había atención continua, el personal de salud únicamente daba atención tres días de la semana por la mañana.

Estos dos fragmentos dejan ver por un lado la importancia con la que se identifica a SADEC en el sentido asistencial; es decir, el comentario de “*mejor venir acá porque nos tratan mejor*” esto permite dar un indicador de calidad a la atención que da el personal de salud universitario de SADEC, particularmente las médicas y dentistas de servicio social que han estado en la comunidad. Podría ser evaluado también en el sentido del trabajo que hace SADEC con el tema de deconstrucción del modelo médico hegemónico para procurar un trato digno a las personas, garantizar que se de atención adecuada y que las personas comprendan por completo la información que se les brinda en las consultas.

Y por otro lado; las labores preventivas y de promoción a la salud que se realizan en la comunidad; que es importante decir que no son realizadas únicamente por personal de salud universitario, sino que el personal comunitario es quien facilita que se realicen con la logística, invitación, sensibilización, promoción, traducción y realización de pruebas (para el caso específico de citologías) o intervención.

Lo anterior es importante porque deja ver que el punto de atención de algunas personas se encuentra centrado en el personal universitario, demeritando en cierta medida el trabajo que hace el personal comunitario de salud (parteras, promotores de salud, hierberas, hueseras y otros); fortaleciendo así el discurso del modelo médico hegemónico en el sentido de que el trabajo que de alguna manera “vale” o “es mejor” es el de los doctores y no así el de las personas de la comunidad.

En lo que respecta a la salud materna y perinatal el comentario de Gloria puede leerse en dos sentidos, el primero que orienta al cuidado que ponen las mujeres en ir más a sus atenciones prenatales y eso deja ver la confianza en el espacio de atención en salud de

la clínica del SSAZ, así como el efecto de la sensibilización sobre la importancia de la atención prenatal para disminuir complicaciones en el embarazo, parto y posparto y que la misma población asume que gracias a eso se mueren menos mujeres por parto; es decir ha disminuido la muerte materna en el imaginario colectivo, así sin datos duros.

Sin embargo, el contraste también debe realizarse en el comentario de “SADEC les apoya a veces acompañando o a veces con el dinero para que se vayan al hospital o para rentar el carro” que deja ver varias cosas, la primera en sentido estricto de la influencia que tiene el factor económico como determinante al acceso de la atención en salud; es decir, no alcanzan a salir de la comunidad porque no tienen dinero para rentar un vehículo que les lleve o para costear los medicamentos que el hospital no tiene o la estancia en la cabecera municipal, lo que condiciona que la mujer se complique e incluso muera.

Y por otro lado la influencia que SADEC ha tenido en este factor, disminuyéndolo al proveer recurso en algunas ocasiones para que se pueda realizar ese traslado o la compra de insumos para la atención en salud de las mujeres, misma que no pasa desapercibida por la comunidad y que quizá de alguna manera también sea un factor que incida en que las mujeres acudan a consulta prenatal ahí.

Sobre la colaboración con el personal comunitario de salud la promotora Antonia dice

pues a mí los doctores de SADEC me comenzaron a capacitar en el 2020, porque la promotora de ese tiempo ya no quería entrar a las consultas y entonces les dije a los doctores que yo quería aprender y me empezaron a enseñar en las consultas cómo revisar a las personas y también sobre cómo dar diagnósticos y un poquito del ultrasonido de embarazadas. A mí me gustaba mucho esto y aprendí mucho, los doctores me enseñaron mucho. Después me dejaron sola en la clínica porque

la otra promotora salió y entonces me dijeron las autoridades que me quedara sola y que yo debía administrar la farmacia⁶ y eso era mucho trabajo y cuando pedí ir a los cursos me dijeron que no porque quién iba a vender el medicamento. (A. Rodas, comunicación personal, 6 de junio de 2024)

En el mismo sentido Gloria nos compartió

A mí me nombraron promotora de plantas y yo acepté y había otras compañeras que también les nombraron de plantas y hueseras pero solo fui a un curso porque era lejos y yo tenía a mis hijitos, aparte las otras compañeras también se salieron y yo ya no tenía con quién más acompañarme, por eso lo dejé. Pero las capacitaciones aparte desde hace ya muchos años no se hacen acá, creo que en la zona las últimas fueron en el 2014. Ahora llaman a algunos y se van hasta Comitán, y regresan a enseñar a los otros, pero es lejos de aquí hasta Dolores⁷ (G. López, comunicación personal, 5 de junio de 2024)

Estos dos testimonios dejan ver que la formación y capacitación en el caso del Ejido Las Tazas pasó a un segundo término; uno de los factores que quizá influyó en ello tenga que ver con que la atención en salud se encontraba solventada por personal universitario de salud que SADEC proveyó durante muchos años. A decir de Florentino “Desde 1995 que llegó SADEC nunca había dejado de haber médico en la clínica de acá, siempre veían que lo tuviéramos, a veces con voluntarios que traían o casi siempre con los doctores pasantes de la UAM” (F. Rodas, comunicación personal, 4 de junio de 2024); esto en cierto sentido obedecía a la dinámica comunitaria que se expuso en párrafos anteriores donde la población autónoma zapatista cada vez era menor y quienes aún continuaban en la organización no querían asumir el cargo de salud comunitaria.

⁶ Las clínicas autónomas tienen una pequeña farmacia donde venden medicamentos a las personas que son valoradas en la consulta, esta venta de medicamentos se realiza con el fin de mantenimiento de la clínica y reinversión en los insumos médicos y medicamentos.

⁷ Desde 2019, el Poblado Dolores Hidalgo se convirtió en sede de un nuevo caracol zapatista. Este se encuentra a 1 hora 15 minutos de distancia en carretera de terracería y pavimentado los últimos 10 minutos.

Desde otro punto de vista también es necesario poner en la discusión la perspectiva de género respecto a la posibilidad de las mujeres no solo de acceder al cargo, sino de la dinámica diaria que les facilita o no el acceder a las cargas que lleva ser personal de salud comunitario; esto tiene también una relación directa causal con la salida de promotoras de salud y a su vez con la falta de personal comunitario que dé continuidad al trabajo de salud en el ejido. De igual manera ellas mencionaron el tema de que los cursos son en otro lugar que les implica un esfuerzo extra de traslado para acceder al conocimiento necesario para poder llevar a cabo sus funciones.

En el mismo orden de ideas, resulta importante retomar que en las capacitaciones que SADEC dio en el ejido hasta aproximadamente el año 2000, participaban parteras; ellas acudían a los talleres no para ser formadas como promotoras sino para complementar sus conocimientos con lo que ahí se revisaba. Martha junto con su compañero de vida Héctor, fueron parte del primer grupo de promotores de salud que se instauró en la comunidad y después se volvieron capacitadores, ella como partera y él como promotor de salud. Ellos cuentan:

Nosotros participamos con SADEC y le agradecemos mucho porque lo que sabemos lo aprendimos con ellos, nos enseñaron todo de la atención a pacientes, cómo diagnosticar, cómo revisar a la gente, cómo recetar, todo” (Héctor y Martha, comunicación personal, 7 de junio de 2024), por su parte Martha cuenta “yo ya era partera, lo soñé pero con SADEC tuve contacto con otras parteras y aparte aprendí a otras cosas que yo no sabía. Con la organización después me fui a capacitar a más parteras y yo seguía trabajando acá, atendía en la comunidad, en la clínica y en otras comunidades, iba a casas de las mujeres. También con SADEC aprendí a todo lo de las referencias y a cómo llegar a los hospitales para que atendieran a mis pacientes, porque a veces no nos hacían caso (Héctor y Martha, comunicación personal, 7 de junio de 2024).

De lo anterior entonces podemos decir que las personas que formaron parte del primer grupo de promotores de salud en el ejido Las Tazas reconocen las habilidades que adquirieron de la capacitación y formación que SADEC les proporcionó mediante los talleres, así como la capacidad de relacionarse con otras personas con el objetivo de intercambiar experiencias y conocimientos. De igual forma con base a estos comentarios queda clara la colaboración que había entre los promotores de salud y las parteras, así como con el personal universitario de SADEC y los capacitadores, lo cual desmonta el mito instaurado por el modelo médico hegemónico donde solo el personal universitario y/o profesionista puede realizar atenciones en salud y más allá de eso, deja ver que las interacciones entre el personal universitario y comunitario de salud son posibles y se retroalimentan de manera positiva.

De igual manera resulta importante hacer notar que Héctor y Martha salieron de la organización autónoma zapatista dejando de tener el título oficial de promotor de salud y partera autónomos, sin embargo siguen ejerciendo en la comunidad las labores propias de los cargos que adquirieron hace años; al respecto ellos dicen que:

nosotros lo hacemos porque sabemos, aparte porque la comunidad lo necesita, si nosotros no diéramos consulta o no atendiéramos a las mujeres embarazadas seguro tendrían que ir hasta Ocosingo⁸ y eso es muy caro y a veces van y tampoco les atienden. La gente no puede pagar eso, por eso nosotros acá les apoyamos. Ahora yo [Martha] trabajo con la secretaría de salud y el IMSS; ellos me dan los certificados de nacimiento, me dan material para los partos, me apoyan cuando una mujer se complica y la tengo que sacar; pero también cuando había doctor en la clínica trabajaba con ellos, les decía cuántas mujeres

⁸ La cabecera municipal de Ocosingo se encuentra a 1 hora y 20 minutos de distancia, el transporte disponible para acceder es mediante camionetas de redilas que realizan los viajes colectivos, ocasionalmente hay taxis colectivos o que realizan viajes privados por el costo aproximado de \$800. El transporte es muy reducido, la primer redila con destino a Ocosingo sale a las 4:30 de la mañana y la última a las 6 de la mañana y de Ocosingo a Las Tazas la primera sale a las 9 de la mañana y la última alrededor de las 11 de la mañana.

embarazadas yo estaba viendo y a ellas las mandaba a consulta para que el doctor las conociera, y desde que llegó el ultrasonido pues también ya las mandaba para que las revisaran mejor.
(Héctor y Martha, comunicación personal, 7 de junio de 2024)

Estos comentarios dejan ver el compromiso comunitario que tienen Héctor y Martha y que lo mencionan como un beneficio para la comunidad y en particular para las mujeres embarazadas, lo cual podría ser leído como la sensibilidad apropiada a los temas que SADEC posiciona en las capacitaciones desde el beneficio comunitario, la salud colectiva y la importancia de la promoción y prevención en salud materna para evitar la mortalidad materna y perinatal; si bien es cierto que no hay manera de comprobar que este nivel de sensibilización es únicamente gracias a la labor de SADEC, si se puede inferir que hubo cierto nivel de incidencia en ello.

Por otro lado deja ver que las interacciones comunitarias son más allá de la institución u organización; es decir Martha como partera de la institución gubernamental de salud (IMSS y Secretaría de Salud) se relaciona de manera directa con el personal universitario de SADEC, pero también con la clínica autónoma por el fin único del beneficio de la salud de las mujeres. De igual manera podemos ver explícitas las relaciones que se dan entre el modelo tradicional de salud (desde la partería) con el modelo médico hegemónico (desde los pasantes de medicina de la UAM-X); experimentando relaciones posibles desde la sinergia que desmontan lo hegemónico del modelo médico y posicionándolo a la par del modelo tradicional, permitiendo que ambos métodos aporten lo propio en beneficio de la salud materna y del bebé; todo esto en el marco de la relación tripartita SSAZ-SADEC-Comunidad.

Finalmente, al preguntar explícitamente qué es la salud, obtuve las siguientes respuestas:

- *Es tener buena limpieza, lavarse las manos con jabón, lavar la ropa no importa que no sea nueva pero que esté limpia, lavar los trastes, guardarlos de las moscas, comer bien con verduras y que no sea comida chatarra, el baño diario; aparte es de cada quien porque los doctores no pueden hacer todo* (F. Rodas, comunicación personal, 4 de junio de 2024)
- *Es cuando yo estoy bien, que no me duele nada y puedo trabajar, que no sienta dolor; estar budsan kinal⁹* (G. López, comunicación personal, 5 de junio de 2024)
- *Es tener atención cuando la gente se siente mal, que les revisen y les den algo. Es también que no duela nada y que puedan trabajar y estar bien* (A. Rodas, comunicación personal, 6 de junio de 2024)
- *La salud es un derecho para todas, es que cuando nos enfermemos nos atiendan bien, pero también es que nos cuidemos entre todas y que podamos estar bien y no enfermarnos de nada. Es algo muy valioso para todas las personas.* (Héctor y Martha, comunicación personal, 7 de junio de 2024)

De esto podemos retomar que uno de los objetivos principales de SADEC es posicionar la salud comunitaria desde una perspectiva amplia que integre la parte asistencial, pero también la salud como un derecho, la construcción colectiva de la misma desde el cuidado y la promoción y prevención de la salud y que visibilice la determinación social de la salud. En estas referencias de las personas entrevistadas podemos ver ciertos rasgos de estos objetivos de SADEC plasmados en sus definiciones propias de salud que van desde la promoción y prevención, pero también con el tinte de la determinación social y la percepción de la misma como un derecho y a la vez una posesión valiosa.

En cuanto a la consideración de cada una de las personas con quienes platicamos sobre la labor de SADEC en el Ejido Las Tazas, ellas nos comentaron que¹⁰:

- *Es importante la presencia de SADEC en la comunidad porque tenemos necesidades y enfermos y porque los doctores*

⁹ “Estar bien” o la “vida sabrosa” en tseltal.

¹⁰ Los testimonios de este indicador se dejarán en el anonimato en esta y todas las comunidades puesto que se la autora considera que es una cuestión ética hacerlo.

que nos mandan son buenos y acompañan a los pacientes al hospital para ver su atención

- Si SADEC no manda médico habrá que buscar dinero para que ir al hospital porque no hay otra cosa que podemos hacer, dónde podemos pedir apoyo para que alguien venga acá, de todos modos yo creo que nadie va a querer venir a trabajar acá porque está lejos de la ciudad

- Es importante que se siga teniendo apoyo de SADEC para los cursos y para que siga habiendo promotores que puedan resolver cosas cuando no tenemos doctor

- Pues primero es agradecer por todos los años y el trabajo que han hecho en la comunidad, de capacitar, de conseguir vacuna, de ayudar a que la clínica esté bien, del ultrasonido que ayuda mucho a las mujeres embarazadas y que han capacitado a algunos promotores que ahora ya sabemos cosas y también que ahora que no hay doctor pueden atender.

En primera instancia resulta importante hacer notar que la mayoría de las opiniones que merece la labor de la organización en el ejido van en torno a la parte asistencial con el personal universitario de salud, misma que es evaluada como valiosa y “buena” de acuerdo a los estándares de las personas que fueron entrevistadas. Que esto podría indicar que uno de los objetivos de SADEC (el asistencial) estuvo cubierto en la comunidad mientras duró la intervención.

Por otro lado, cabe explicitar que la mayoría de las personas que fueron entrevistadas no hacen referencia a los cursos de capacitación, ni a las/los promotores de salud como actores importantes en la construcción de la salud comunitaria, y si bien esto es influenciado por la popularización de la percepción de la atención en salud únicamente desde el modelo médico hegemónico, también es cierto que podríamos interpretar que la sensibilización en ese sentido no fue la suficiente durante el tiempo de la intervención de SADEC en el ejido.

En última instancia el contraste que puede hacerse entre la definición de salud que dicen las personas donde si visibilizan factores como la determinación social, la importancia de

la promoción y prevención en salud, la construcción colectiva, ver a la salud como un derecho y que ello no se ve reflejado en los comentarios sobre la labor de SADEC en la comunidad donde se reconoce mayoritariamente la atención en salud desde el ejercicio médico; lo que quizá podría llevar a pensar que la sensibilización en la comunidad, en las autoridades y en las promotoras de salud y parteras no fue la suficiente.

Vale la pena mencionar que la intervención que SADEC realizaba en el ejido Las Tazas desde 1995, se concluyó en el año 2023 después de un acuerdo bilateral (entre las autoridades de la comunidad y SADEC) puesto que las autoridades comunitarias mencionaron que las Bases de Apoyo Zapatistas del ejido no estaban en las condiciones para poder continuar con el trabajo de la clínica, básicamente en el nombramiento de nuevo personal comunitario de salud (promotores de salud) dado que nadie quería asumir el cargo y que ya son muy pocas las personas que aún están en la organización y no pueden cubrir las responsabilidades que les demanda el mantenimiento de la clínica.

En lo que corresponde a SADEC los últimos años se enfrentó a la resistencia de las personas de servicio social a elegir de manera voluntaria realizar el servicio social en la comunidad de Las Tazas, los argumentos principales se vieron relacionados con el tema de seguridad en el estado, seguridad en el marco del servicio social universitario, distancia de sus lugares de origen, falta de acceso a servicios (telefonía e internet básicamente), condiciones de vida y vivienda en una comunidad catalogada como de alta marginación y comunidad con un alto índice de población de pueblos originarios¹¹.

¹¹ Información obtenida de las entrevistas a aspirantes a servicio social universitario de la UAM-X

En suma a lo anterior SADEC reconoce que ahora cuenta con menos capacidad resolutive desde su mismo personal (socios) y también que el objetivo de la organización es acompañar procesos comunitarios de salud donde la organización no sea la protagonista ni se le catalogue como indispensable, lo que permite que el personal universitario esté un tiempo dando la atención y quien da continuidad sea el personal comunitario de salud acompañado por las autoridades y la comunidad.

Sobre las formaciones y capacitaciones, al no haber personal comunitario de salud nombrado desde el SSAZ, no había con quién trabajar aparte de que las capacitaciones que impartía SADEC en este caracol zapatista¹² se suspendieron desde el año 2014, únicamente se apoyaba ocasionalmente con material didáctico puesto que los promotores que años previos se habían formado como capacitadores, eran quienes realizaban los talleres en la región.

Este último punto es muy valorado puesto que deja ver que se cumplió con el objetivo de que los promotores capacitadores (o formadores como les llamo SADEC) formen a otros; puesto que al preguntarles (particularmente a Héctor y Martha) refieren que adquirieron las herramientas necesarias con SADEC y otras organizaciones y personas solidarias, para poder formar nuevos promotores de salud sin embargo, es importante recordad que ellos ya no son parte de la organización zapatista, ni se encuentran actualmente realizando las actividades de formación a otros promotores de salud; así pues, en el ejido Las Tazas la organización en salud desde el SSAZ se encuentra debilitada y muestra obstáculos muy importantes para su continuidad.

¹² Primero la Garrucha y después desde 2019 Dolores Hidalgo

5.3 Arroyo Granizo, Municipio Autónomo Ricardo Flores Magón; Municipio Oficial Ocosingo, Chiapas.



Ilustración 39 Clínica Autónoma Lorenzo Espinoza. Arroyo Granizo Ocosingo, Chiapas.

Arroyo Granizo es una comunidad con la que la historia de vinculación, quizá un tanto indirecta comienza a escribirse desde muchos años previos al levantamiento zapatista. Por allá de los 80's la UAM-X enviaba a sus pasantes al servicio social a Chiapas con un proyecto que inicialmente era para el diagnóstico oportuno, tratamiento y control de la tuberculosis pulmonar en la selva de Chiapas¹³.

Como parte de las intervenciones de este proyecto se realizaba la atención médica en el ejido de Santo Domingo¹⁴, ahí llegaban pasantes de servicio social de la carrera de medicina de la UAM-X desde 1982; ellas y ellos estaban adscritos a la Jurisdicción Sanitaria VI de la Secretaría de Sanidad y Asistencia (SSA) de Palenque. Después la

¹³ Más información en el libro Recorriendo veredas para colaborar en el desarrollo humano sostenible: La experiencia del Programa de Investigación Interdisciplinario Desarrollo Humano. 25 años de vinculación con la sociedad disponible en https://publicaciones.xoc.uam.mx/TablaContenidoLibro.php?id_libro=1013

¹⁴ Ejido que se encuentra a 1.6 km de distancia de Arroyo Granizo, donde había/hay un Centro de Salud de la Secretaría de Salud y una emisora de radio comunitaria del INI (ahora INPI).

intervención fue creciendo “*Hasta llegar a 21 MPSS en 18 centros de salud*” (Heredia Cuevas, 2022b) esto último ya enmarcado en el Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas.

Fue así que la UAM-X se apareció por aquellas geografías, de ello recuerda don Juan

nosotros conocimos a la Dra. Claudia Meza¹⁵, ella vino a hacer servicio social acá hace muchos años, venía de la UAM y a ella la traía el doctor Juan Emrich¹⁶ que era su coordinador. Eso fue hace muchos años, mis hijos estaban chiquitos; ella daba consulta en el centro de salud de aquí de Arroyo y ahí nosotros platicábamos con ella. Nos atendía bien y platicábamos mucho de todo, de la comunidad, de las personas del pueblo, de su lugar; porque ella no es de acá de México. Es muy buena y nosotros nos acordamos mucho de ella. (Juan, comunicación personal, 17 de mayo de 2025)

De ello podemos entonces identificar que la línea temporal de interacción no comenzó el 1997, cuando ya SADEC estaba constituido, sino que había presencia de la UAM, del servicio social y del Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas desde años previos. Si bien es cierto, la interacción era por vía institucional y mediante pasantes de servicio social y sus coordinadores, también lo es que el vínculo con la comunidad existía y que ellas y ellos identificaban a la UAM y al programa en la región por las acciones de salud que llevaban a cabo.

Para todo esto es necesario describir que Don Juan es una parte muy importante de la historia de SADEC en esta región; él, hombre tzeltal, autoridad comunitaria, autoridad en

¹⁵Doctora Claudia María Meza Dávila.

¹⁶ Doctor Juan Emrich quien fuera médico comunitario durante gran parte de su vida, con labor en la zona selva de Chiapas así como en Guatemala con la organización Concern America; el Doctor Juan dedicó su vida al trabajo de educación popular en salud principalmente con parteras tradicionales, promotores de salud y pasantes de servicio social universitario. También fue coordinador de servicio social de la UAM en Chiapas y parte del proyecto de SADEC en las cañadas de la Selva Chiapaneca.

salud y también una gran autoridad moral dentro de la comunidad y de la organización autónoma zapatista; quien fungió como mediador con las autoridades del Comité Clandestino Revolucionario Indígena de la Comandancia General del EZLN (CCRI CG del EZLN) para que SADEC realizara las acciones de salud en la región.

Narciso, hijo de Don Juan, que ahora es Promotor de Salud Autónomo Zapatista, hombre tzeltal, que ha sido autoridad comunitaria en salud y en otros cargos civiles y militares del EZLN, refiere que:

Al inicio trabajábamos con organización EAPSEC ellos traían a los doctores y daban capacitación, pero después ya no funcionó y entonces le empezaron a preguntar a mi papá si él no conocía a quien podíamos a quién podíamos pedir o quién hacía ese trabajo y ya me dijeron que si conocía a un “tal Joel” y yo no le conocía (Narciso, comunicación personal, 17 de mayo de 2025)

Resulta importante mencionar que esto sucedió alrededor de 1997-98 cuando las comunidades autónomas zapatistas continuaban bajo un asedio importante; en estos años se registró la masacre de Acteal, que si bien no fue contra comunidades zapatistas directamente, si amenazaba a la población que vivía en comunidades cercanas, también se dio el ataque a la sede del municipio autónomo de Ricardo Flores Magón, en la comunidad de Taniperla (municipio autónomo al que pertenece Arroyo Granizo); ataques a la CONAI y a la COCOPA que fueron mediadores en los diálogos y ataques a observadores de derechos humanos internacionales¹⁷.

¹⁷Denunciado por el Comité Clandestino Revolucionario Indígena-Comandancia General del Ejército Zapatista de Liberación Nacional el 1 de enero de 1999 en el comunicado 1999 la vieja y la nueva política. <https://enlacezapatista.ezln.org.mx/1999/01/01/la-vieja-y-la-nueva-politica/>

Por todo ese contexto complicado de seguridad se debían hacer las cosas bajo una cierta clandestinidad y fue por ello que Narciso nos cuenta que él no fue parte de la planeación de la intervención pero que: *“sólo me acuerdo que aquí vinieron a hacer su plan con Joel, aquí bajo la Guaya¹⁸; el árbol, porque era muy privada la plática, y es ahí donde se pusieron de acuerdo y Joel se comprometió a capacitar los promotores y agarró ese trabajo de capacitarlos”*.(Narciso, comunicación personal, 17 de mayo de 2025)

Narciso da cuenta de las dinámicas de asedio que vivían las comunidades de la región con su testimonio y cuenta el inicio del plan de trabajo colaborativo entre SADEC y el SSAZ en la región del Valle de Santo Domingo, puntualmente en Arroyo Granizo.

Después Don Juan abunda en que él había escuchado *“en San Cristóbal de Joel con la Dra. Claudia (que ella había dado su servicio social en Arroyo Granizo años antes) y con Salvador de San Juan del Río, ellos me dijeron si conoces a Joel háblale”* (Juan, comunicación personal, 17 de mayo de 2025)

Lo anterior permite hacer el vínculo del programa de servicio social de la UAM-X con SADEC puesto que muchos de los que hemos sido parte de este programa de servicio social universitario, después hemos colaborado con el proyecto de SADEC ya sea en las comunidades o en Palenque desde la coordinación médica.

Don Juan cuenta que:

estábamos muy presionados con el ejército y salimos a la montañas y nos escondimos y se me vino a la mente que había una gran necesidad y lleve la propuesta a la reunión del Comité Clandestino; el compañero mayor dijo nos van a bombardear porque son malos; y que podemos hacer para la salud les dije a los compañeros comités y mayor [...] si se calma el gobierno

¹⁸ Fruta de sabor agri dulce que es muy común en la región del Valle de Santo Domingo

mejor, pero la enfermedad de cada poblado es otra cosa y si hay amenaza para que nos saquen y sale la gente a la montaña dónde agarran medicina y el parto y toda la enfermedad de los niños, porque no están acostumbrados a vivir en estos lugares. Tuvimos 13 días de reunión con ese plan y les dije “compañero si el gobierno malo pero cómo lo vamos a saber si no pensamos, y que tal que no va a pasar nada” primero si nos destruyen la clínica nuestra pues la hacemos otra vez; pero pienso que compañeros todos tenemos necesidad y todos nos enfermamos y más los niños. A los 13 días los que se iniciara el curso [...] y yo les dije que yo conozco un Dr. Joel y Juanito y los citamos con Salvador de San José del Río (Juan, comunicación personal, 17 de mayo de 2025)

Así es como Don Juan recuerda los primeros diálogos con la comandancia para establecer lo que sería el SSAZ en Arroyo Granizo, de ello resulta necesario destacar dos cosas, la primera que tiene que ver con la operativización de los principios de la autonomía zapatista desde el mandar obedeciendo, al ser Don Juan quien pone en la mesa la directriz de trabajo para el tema de salud en su comunidad, y el comité tras diálogos y ejercicio seguramente reflexivo opta porque se implemente.

En segundo plano visibilizar la importancia que tiene para SADEC el contar con una vinculación amplia con otras organizaciones e instituciones que le permite mostrarse en ciertos espacios que facilitan la interacción con las comunidades y abren caminos de trabajo colectivo.

Y finalmente que la argumentación que Don Juan dejó ver hacía referencia a que *“todos nos enfermamos y más los niños”* y que no contaban con un sistema de salud efectivo que les permitiera resolverlo; haciendo palpable la determinación social de la salud; de la que la Organización Mundial de la Salud habla como *“circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”* (Organización

Panamericana de la Salud, 2025a) lo cual, en esos momentos para la población de Arroyo Granizo se traducía en asedio, pobreza, imposibilidad de acceso a recursos básicos, alimentación inadecuada, falta de agua potable, falta de adecuadas condiciones de vida y vivienda que condicionaban enfermedades.

Una vez que la comandancia había aceptado la intervención de SADEC en Arroyo Granizo mediante la formación de promotores, tocaba coordinarla con quienes llevarían a cabo esa actividad y de ello Don Juan recuerda que:

cuando llegaron estaba el compa Delmar y Juan de Culebra¹⁹ y aquí nos reunimos en la sombra porque también lleva un riesgo [para] los doctores y les dije que nos apoyara para curso de los promotores y que el tiempo no sabemos si va a haber nuevamente guerra o ya no y por eso ya tenemos promotor. Nos pasamos muchas horas hablando de cómo podíamos hacerlo y dónde sería para que fuera seguro, pero lo logramos. Luego que el Dr. Joel vino con “Saulito” y dijeron que si para eso estamos y dio fecha de que día va a llegar a curso y empezamos a trabajar hasta ahí lo conocemos bien a SADEC. (Juan, comunicación personal, 17 de mayo de 2025)

Particularmente me gustaría hacer notar esta última frase con la que cierra su comentario Don Juan “*lo conocemos bien a SADEC*”, me parece que este es el resultado de lo que describe líneas previas donde cuenta que se sentaron juntos; entre SADEC y ellos como parte del EZLN a planear esa intervención, que de entrada evidencia la construcción colectiva y después permite ejemplificar que desde los inicios SADEC se configuró en Arroyo Granizo como actor red que “*adquiere comportamiento propio de la misma [red] en torno a la consecución de un objetivo en común*” (Freeman, 1978) y que este objetivo

¹⁹ Comunidad que también pertenece al Municipio Autónomo Rebelde Zapatista (MAREZ) Ricardo Flores Magón y que tras el ataque y desmantelamiento del Municipio en la comunidad Taniperla, se convirtió en la sede del Municipio.

común era la salud de la comunidad Arroyo Granizo desde el ejercicio autonómico que enmarcaba el EZLN y el SSAZ.

Don Juan cuenta que

Después me iluminó mi cabeza, se me ocurrió algo que podíamos trabajar y eso era que Joel y SADEC formaran a los promotores de salud, si era cierto que era un riesgo pero no podíamos saber si iba a haber guerra de nuevo o no y necesitábamos estar preparados (Juan, comunicación personal, 17 de mayo de 2025).

En esta lógica entonces queda claro que la visión de Don Juan al invitar a SADEC a colaborar con ellos no tenía la base asistencial de inicio, sino más bien en el sentido formativo y fortalecedor de las bases de apoyo y que debían adquirir conocimientos para resolver las situaciones de salud que se les presentaran.

Esto amerita la lectura desde la educación popular como un incentivo emancipador para que las poblaciones tengan herramientas propias y que puedan ejercer una autonomía más palpable pero también que cuenten con vínculos que puedan fortalecer a su vez las dinámicas comunitarias y su autonomía y el mismo SSAZ. Como lo menciona Alfonso Torres Carrillo al decir que:

La EP [Educación Popular], junto con la Teología de la Liberación, la comunicación alternativa, la Investigación Acción Participativa y la Filosofía de la liberación construye una corriente de pensamiento conjunto de prácticas sociales intencionalmente orientadas a la transformación de las estructuras injustas y orientadas desde visiones de futuro alternativas a los modelos hegemónicos (Torres Carrillo, 2009)

De igual manera esta situación nos permite reconocer que la interacción inicial de SADEC con las autoridades de Arroyo Granizo ya no se encontraba en la lógica de ayuda humanitaria en cuestión de salud ni de la construcción de un espacio físico, sino en un sentido poco más profundo que buscaba fortalecimiento de sus bases de apoyo y comunidades que a la vez diera bases sólidas para el inicio del SSAZ y que se proyectaba más a un sentido organizativo comunitario en salud.

Lo anterior cobra relevancia puesto que es de las cosas que menciona sobre Atención Primaria de la Salud en la Declaración de Alma Ata de 1978 al decir que “*se basa [la APS] en la práctica, en las pruebas científicas y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a través de la participación social, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar.*” (Organización Panamericana de la Salud, 2024a) Así pues, en ese momento Arroyo Granizo no podía soportar el costo de construir una clínica, sin embargo, se adaptó a lo que tenía disponible y comenzó así la formación de Promotores y Promotoras de Salud.

De esas capacitaciones Narciso nos cuenta que “*Se lograron ideas sobre la capacitación y los promotores aprendieron de los temas que preparó Joel, pero con el paso de los años los promotores fueron saliendo, fueron desanimando porque no se qué falta*” (Narciso, comunicación personal, 17 de mayo de 2025)

En suma, Don Juan nos cuenta que

Había muchos promotores que llegaban a las capacitaciones, ellos aprendían mucho en los cursos que les daban el Doctor Juan, el Doctor Joel y Ful; ahí se formaron y después ellos eran quienes atendían a la gente de esta y de otras comunidades
(Juan, comunicación personal, 17 de mayo de 2025)

De esto entonces podemos deducir como la intervención que hacía SADEC no solo capacitaba a los promotores de salud sino de otra forma también daba elementos para que se fortaleciera el SSAZ en la región, porque como cuenta Don Juan no solo eran promotores de Arroyo Granizo, sino de la región. Esto a su vez permite visibilizar cómo se instrumenta la parte que Joel Heredia nombra como “consolidación” en las fases del Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas (Heredia Cuevas, 2007), que se describe como el modelo que retoma SADEC en su estructura. Esta fase da cuenta del fortalecimiento y crecimiento de un sistema ya existente que se encuentra en fase de desarrollo aún pero que cuenta con bases firmes.

Como parte del proceso de construcción de salud comunitaria en Arroyo Granizo Don Juan recuerda que:

Después de Taniperla²⁰ y ya que estaba aprobada la casa de salud [Por la Comandancia del EZLN] dijeron en asamblea general [del ejido] que aceptan y donaron el pedacito de la casa de salud; se levantó acta y todo y dijeron comisariados que porque nada mas las bases del EZLN, si la necesidad es de todos y es bonito que hay promotor en comunidad y si le dieron también al trabajo con el terreno y construimos [...] En la construcción de la casa de salud participaron todos no solo bases, todavía no hay división (Juan, comunicación personal, 17 de mayo de 2025)

En el párrafo anterior Don Juan nos hace visibles varias cosas del proceso que vivieron en Arroyo Granizo; la primera tiene que ver con la identificación de las necesidades de atención en salud que las y los promotores, las personas, las autoridades y SADEC habían identificado en la región. La segunda es el proceso de autorización de la

²⁰ Ataque al MAREZ Ricardo Flores Magón, donde el Ejército Mexicano dismanteló las instalaciones, apresó a personas de las comunidades y solidarios y destruyó el mural colectivo “Vida y Sueños de La Cañada del Río Perla”

construcción de la clínica que sigue el orden de la comunidad, después la Comandancia del EZLN y de nueva cuenta la comunidad donde en cierta medida se ejemplifica el ejercicio de poderes desde lo local hasta lo general y la fluidez de la comunicación entre los niveles políticos organizativos del EZLN.

Finalmente el proceso de consolidación de la salud comunitaria y a su vez la organización en salud; puesto que todo pasa por los niveles políticos del EZLN pero también del ejido, donde la comunidad se posiciona a favor de la construcción de la casa de salud comunitaria para beneficio de toda la comunidad sin importar la militancia o no con el EZLN, así también se lleva a cabo todo el proceso legalmente estipulado de la donación del terreno y posteriormente la participación activa de la población en la construcción de la clínica lo que podría denostar aceptación al proceso y ser parte del proceso de apropiación del espacio para la comunidad.

También Don Juan menciona que:

Primero construimos la casa de salud, yo lo lleve la palabra a Subcomandante Marcos y se alegró que hay curso para PS y eso es lo que estamos buscando, pero hay que apoyar para que se ayude la gente y que no compren tan cara la medicina. (Juan, comunicación personal, 17 de mayo de 2025)

Este párrafo nos deja ver la comunicación que había/hay entre los diferentes niveles de la estructura del SSAZ y que a su vez permitía la operación e instrumentación del mismo; pero también deja claro que el objetivo de la organización es “*apoyar a la gente*” reiterando así los acuerdos descritos en la Declaración de Moisés y Gandhi sobre la garantía de atención en salud en todas las comunidades (Promotores y agentes de Salud Autónomos, 1997)

En lo que comprende a la infraestructura del SSAZ se mencionó al inicio de este capítulo a la casa de salud, sin embargo Narciso nos dice:

la casa de salud y ahora es clínica porque se convirtió cuando venían los pasantes²¹ para acá y después de eso nos comenzó a apoyar SADEC ya con el baño y la cocina, aportó y buscó apoyo no sé dónde (Narciso, comunicación personal, 17 de mayo de 2025)

En lo anterior Narciso deja claro en qué momento; dentro de la estructura del SSAZ, una casa de salud se convierte en clínica y también con ello podemos interpretar la importancia de la colaboración de SADEC en esta parte de atención directa o consulta médica a la población, al asignar pasantes de servicio social a las comunidades para que, junto con promotoras y promotores de salud brinden atención a las personas que así lo soliciten.

De igual manera queda claro que el acompañamiento o “apoyo” como lo menciona Narciso, no se limita a la asignación de pasantes ni a los cursos de capacitación sino también en infraestructura o equipamiento necesario para el funcionamiento adecuado de las clínicas autónomas. Todo lo anterior en medida de las posibilidades sobre todo económicas de SADEC, puesto que la organización funciona mediante la solicitud de proyectos que son financiados por la cooperación internacional.

cuando mandaba médicos y que llegaban a trabajar vieron los pasantes que era importante tener un ultrasonido como ese material le hacía falta a los médicos que llegaban a trabajar y SADEC buscó un ultrasonido portátil, después de eso lo llevaron

²¹ Pasantes de Servicio Social Universitario de la UAM-X, que SADEC recibe para realizar un año de servicio social en comunidades; esto se da por un convenio de colaboración con el Programa de Investigación Interdisciplinario Desarrollo Humano. Las licenciaturas de las que son egresados los pasantes de servicio social mayoritariamente son de áreas biológicas y de la salud como medicina y estomatología.

otra vez porque no había personal preparado para trabajar ese equipo (Narciso, comunicación personal, 17 de mayo de 2025)

De lo anterior también se abre el tema del carácter de las gestiones que realiza SADEC en torno a los equipos, puesto que en algunos casos estas son por vía de la UAM-X en contrato de comodato²², y entonces cuando el equipo ya no está siendo usado debe regresarse a la universidad o en su defecto pasar a otra comunidad donde se necesite.

Este supuesto fue lo que paso en Arroyo Granizo, que al no había promotores de salud capacitados para el uso del equipo pero también que se encontraba descompuesto; lo anterior deja ver que en algunos casos el uso de equipos e insumos de las clínicas autónomas está limitado al uso que le den los pasantes de servicio social, sin que los promotores de salud sean totalmente capacitados en ello para dar continuidad y por otro lado, el hecho de que la comunicación con las y los promotores de salud quizá no se encuentre del todo fluida puesto que en el caso de Narciso no se hace mención de la avería del equipo.

Esto no se puede confirmar, pero si sería importante considerar que la comunicación debería ser de manera efectiva con todo el equipo de promotoras y promotores de salud que se encuentran en la clínica, ello incluye a Narciso pues él es parte del equipo de salud del ejido.

²² “es un contrato por el cual uno de los contratantes se obliga a conceder gratuitamente el uso de una cosa no fungible, y el otro contrae la obligación de restituirla individualmente”
<https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/index.php/component/glossary/Glosario-RPPyC-2/C/CONTRATO-DE-COMODATO-120/>

En cuanto a la evaluación de las gestiones en salud que realiza SADEC Narciso menciona:

Los pasantes, ellos son los que están al pendiente de los pacientes que están allá [en Palenque en el Hospital] y cuando no puede ir el pasante ya solo le manda mensaje a Saúl y él se encarga de ver al paciente allá eso son los apoyo y logros que hemos tenido (Narciso, comunicación personal, 17 de mayo de 2025)

De ello, resulta importante hacer referencia a que apenas en diciembre de 2023 el congreso del estado de Chiapas recibió la *“Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se Adiciona un Párrafo al Artículo 7 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Chiapas, para garantizar el Derecho a Interpretes y Traductores de Lenguas Indígenas en Materia de Salud”* en donde hacen referencia a que dentro del sistema de salud del estado se recurre a *“una tercera persona que facilite la comunicación entre personal de salud y pacientes que no hablan la misma lengua”* (López Sánchez, 2023)²³.

Todo ello sirva para dejar claro el panorama al que se enfrentaban/enfrentan las personas que acuden de las comunidades a los hospitales de segundo o tercer nivel de atención; en donde hay dificultad de comunicación con los profesionales de salud que si bien es cierto en términos muy estrictos y literales *“no hablan la misma lengua”* entendiendo español y otras como ch’ol, tseltal o tsotsil; también se puede entender que, no hablan el lenguaje médico del modelo médico hegemónico, ni en términos de cosmovisión ni habitus; todo lo anterior en conjunto, genera estos problemas de comunicación.

²³ Para la versión de la Constitución vigente (2025) ya se encuentra adicionado esto en el artículo 7 constitucional donde habla de “política multilingüe que permita su uso en los espacios públicos y privados que correspondan” <https://www.haciendachiapas.gob.mx/marco-juridico/Estatal/informacion/Leyes/constitucion.pdf>

Así pues, la labor de SADEC en el acompañamiento durante las hospitalizaciones o traslados, puede ser parte de esa labor de “interpretación” no en sentido literal de lenguas (puesto que el personal de SADEC no habla tseltal, ch’ol ni Tsotsil) sino en la traducción de la información de la atención médica que se brinda en el hospital y el intento de garantizar el completo entendimiento de las personas y la garantía de que la atención se realice de manera adecuada y digna.

Con el paso de los años el contexto en las comunidades ha cambiado y Narciso dice que Arroyo Granizo *“los promotores de Salud dejaron el trabajo, ahora me quede solo, tenemos 3 promotores de salud un compañero se fue al norte [...] acá la organización ha recibido amenazas y no nos quieren pero los promotores van a cursos en la zona a seguir aprendiendo”* (Narciso, comunicación personal, 17 de mayo de 2025) esto deja ver que la unidad que se reflejó en el momento de la asamblea para construir la clínica autónoma hoy está casi totalmente perdida.

Todo esto quizá tenga que ver con las políticas que se instrumentaron como Guerra de Baja Intensidad, en torno al conflicto armado de 1994; mismas que se han perpetuado con los programas sociales del gobierno en turno, como sembrando vida; que a decir de Ana de Ita *“debilita desde dentro la organización comunitaria. [...] Sembrando Vida impulsa que la propiedad social colectiva sea parcelada e individualizada”* (De Ita, 2021) esto reafirmando que el programa que se encuentra presente en muchos de los ejidos del estado de Chiapas (y otros), es un motor de división comunitaria.

También debemos tomar en cuenta la explosión de violencia en el estado de Chiapas que Carla Zamora Lomelí refiere como que desde 1994

Han seguido periodos de guerra de baja intensidad, es decir, constantemente ha estado presente la violencia. Lo que ha ocurrido en los últimos cuatro años, desde 2021, es que este fenómeno se ha enfatizado por la incursión de grupos del crimen organizado, que, si bien habían estado presentes en algún momento, se están disputando el territorio y esto da como consecuencia que existan también diferentes ambientes de violencia donde lamentablemente quien queda presa es la sociedad civil (Zamora Lomelí, 2024)

La zona geográfica donde se encuentra Arroyo Granizo no es la excepción de esta explosión de violencia y crimen organizado no es ajena a este contexto estatal; puesto que la comunidad se encuentra relativamente cerca²⁴ del ejido Lacanjá Chansayab donde se ha registrado el desplazamiento forzado interno de pobladores, denuncias por pistas de aterrizaje clandestinas, uso de terrenos para tráfico de drogas y otras (Mariscal, 2024). Es así entonces que la población del ejido también se reconoce vulnerable ante la situación de violencia, con lo que también se modifican las dinámicas comunitarias y la misma organización autónoma zapatista.

Finalmente al preguntar sobre qué es salud a Don Juan y Narciso comparten que:

-La salud es algo muy valioso que se debe cuidar y proteger, es tener la fuerza para ir a trabajar y que nos sintamos bien, es poder estar tranquilos y ser felices.

-La salud es estar bien, sin enfermedad, que tengamos comida, techo y trabajo, Ser felices y saber que no hay verdad sin civilidad y que no nos va a llegar así nada más, sino que tenemos que trabajar para tenerla. Y también debemos saber que la enfermedad no tiene religión, partido ni organización es más importante cuidarnos y hablar para los hermanos y todo para todos y nada para nosotros porque nuestra revolución no está buscando maltratar a la población, está buscando vida.

²⁴ 63.4 km de distancia que son recorridos en aproximadamente 1 hora y 23 min.

Esto deja ver que la salud para ellos va más allá de lo físico y que también retoma el tema organizativo y comunitario incluso al retomar el lema del Subcomandante Marcos “*Todo para todos y nada para nosotros*” con la firme convicción también de la necesidad de construcción colectiva de la salud de la comunidad sin importar filiaciones u otras condiciones. También resaltar que habla de la revolución como el movimiento zapatista pero también que está no busca otra cosa que la vida misma, dejando ver la esencialización de ello en la integración del SSAZ, la salud comunitaria, el trabajo de SADEC y todas las acciones en la vida cotidiana.

Finalmente, al preguntar si tenían algo que agregar Don Juan insistió en decir que:

Yo trabajé mucho con Joel, Saúl y Ful y tenemos la historia de la guaya que ahí planeamos todo, también yo estaba al tanto de la clínica y los doctores que llegaban porque no es lo mismo que en la ciudad. Gracias al doctor Joel a Saúl y Ful que no tuvieron miedo de la guerra cuando empezamos y que SADEC trabajó bien y nos apoyaron siempre. Ahora no están aquí pero no lo tenemos olvidado lo tenemos en nuestro corazón y memoria
(Juan, comunicación personal, 17 de mayo de 2025)

Esto último deja ver el agradecimiento que tiene Don Juan a la organización en el camino andado juntos, trabajando hombro a hombro y donde él identifica las corresponsabilidades que tuvo con la organización y los pasantes que ahí daban servicio social. También deja ver que al inicio de la intervención el contexto no era sencillo y que aún así la intervención se realizó y que pese a complicaciones recientes, SADEC sigue siendo referente en Arroyo Granizo.

En la comunidad SADEC dejó de enviar pasantes de servicio social a finales del año 2023 puesto que las autoridades comunitarias comentaron que no requerían más de la intervención y que se resolvería de otras formas la atención en salud de la zona²⁵.

Sobre los cursos de capacitación, Narciso comentó que *“ahora somos solo 5 promotores de salud, [uno] está yendo a interzona²⁶ a capacitarse y [otro] da los cursos de capacitación en el caracol”* (Narciso, comunicación personal, 17 de mayo de 2025) esto deja ver, por una parte que el proceso de capacitación de los promotores de salud no se encuentra totalmente detenido, sino que se realiza en otros espacios con otras organizaciones y personas solidarias y que también los promotores que en su momento acudieron a las capacitaciones de SADEC hoy dan los cursos a otros promotores en formación con lo que se cumple el objetivo de “formar formadores” y fortalecer el proceso de la salud comunitaria y la autonomía de las comunidades en este proceso.

²⁵ Meses después se publicaría una iniciativa de construcción de quirófanos en “las montañas del Sureste Mexicano” en el comunicado “Una idea Genial” <https://enlacezapatista.ezln.org.mx/2024/08/21/una-idea-genial/>

²⁶ Espacio político donde se reúnen autoridades de todas las zonas y la CCRI-EZLN.

5.4 San Jerónimo Tulijá, Municipio Autónomo Canalulub; Municipio Oficial Chilón, Chiapas.



Ilustración 40 Clínica Autónoma Murcia Elisa Irina Saénz Garza. San Jerónimo Tulijá Chilón, Chiapas.

En San Jerónimo Tulijá la intervención que está realizando SADEC comenzó de manera formal en el año 2007 con la inauguración de la clínica Autónoma Rebelde Zapatista Compañera Murcia Elisa Irina Sáenz Garza que fue inaugurada el 10 de mayo de 2007 (Muñoz Lozano, 2009); en la comunidad se le conoce como “la Murcia”.

San Jerónimo Tulijá pertenece al nuevo municipio autónomo de Canalulub²⁷²⁸ y en la nueva regionalización del 2019, se adscribió al caracol número V de Roberto Barrios; previo a ello, San Jerónimo pertenecía al MAREZ Ricardo Flores Magón del caracol III

²⁷ En agosto de 2019, bajo el título de “Y ROMPIMOS EL CERCO” el Comité Clandestino Revolucionario Indígena y la Comandancia General del EZLN anunciaron la creación de nuevos caracoles zapatistas y municipios autónomos, siendo Canalulub uno de ellos. <https://enlacezapatista.ezln.org.mx/2019/08/17/comunicado-del-ccri-cg-del-ezln-y-rompimos-el-cerco-subcomandante-insurgente-moises/>

²⁸ Canalulub se encuentra a 46.5 kilómetros de distancia de San Jerónimo Tulijá y el recorrido es de aproximadamente 1 hora 37 minutos.

de La Garrucha. Es por este antecedente de regionalización que digo que SADEC comenzó “oficialmente” la colaboración en San Jerónimo Tulijá, puesto que en años previos; aproximadamente 1999 o 2000, se había iniciado el trabajo con la población zapatista que ya se adscribía a este municipio autónomo (esto posterior al desmantelamiento del MAREZ en la comunidad de Taniperla).

De los antecedentes importantes cuenta Joel Heredia que en 2003; con la creación de los caracoles zapatistas

ya teníamos un proyecto aprobado, que estaba destinado a obras en el municipio Ricardo Flores Magón, cuando se crean los caracoles la indicación es que todo ello se ejercería desde estos espacios políticos/ organizativos; entonces los compañeros del municipio hicieron gestiones con sus autoridades para que se respetara el recurso asignado y con eso se siguieron dando las capacitaciones y también se apoyó a la construcción de las clínicas (J. Heredia Cuevas, comunicación personal, 13 de mayo de 2023).

De esto derivó que se realizará la construcción de la clínica autónoma que fue nombrada por la comunidad de esa forma aún sin cumplir con el criterio de tener asignado un médico que diera atención.

Sin embargo, también Beto²⁹ recuerda que

El trabajo de SADEC acá en esta zona comenzó por ahí de 2002, con la prevención porque nos venían a dar cursos y talleres de eso, y de cómo atender las urgencias también; después de ahí ya nos llevaron a capacitaciones para aplicar las vacunas; ahí me fui yo en Palenque para que nos enseñaran. Y ya cuando

²⁹ Promotor de salud; los otros promotores le llaman “viejo promotor de salud” que inició su labor desde 1994 cuando era apenas un adolescente. Él, pese a no ser originario de San Jerónimo Tulijá siempre se ha mantenido cercano a la comunidad y ha dado su servicio como promotor en la clínica desde que está comenzó, aparte tiene un botiquín en su comunidad que se encuentra 8.5 km de San Jerónimo. También es capacitador y coordinador de la clínica actualmente.

aprendimos SADEC traía la vacuna; primero a Jordán³⁰ y ahí la repartían y después, ya la repartían acá (Beto, comunicación personal, 16 de mayo de 2025)

Así pues podemos entonces entender que en el caso de San Jerónimo la relación inicial con SADEC se dio por la vía de capacitación, misma que había sido gestionada años previos por Don Juan de Arroyo Granizo, puesto que San Jerónimo era parte de la misma región. Estas capacitaciones refieren eran con sentido de prevención y vacunación a la población, situación que retomaba la Atención Primaria de la Salud de Alma Ata, de la Declaración de Moisés y Gandhi y de los principios de SADEC.

Sobre estas capacitaciones Manxim³¹ recuerda que:

La capacitación al inicio era todos en La Culebra³², después había varias sedes entre Granizo, La Culebra y Jerusalem³³ ahí nos juntábamos como 70 u 80 promotores de salud y de San Jerónimo éramos un grupo grande y todos íbamos siempre. (Manxim, comunicación personal, 16 de mayo de 2025)

Así pues podemos dar cuenta del amplio territorio en el que el SSAZ tenía presencia y que SADEC contaba con una vinculación en estos espacios mediante la capacitación a

³⁰ Una comunidad que se encuentra a aproximadamente 19.4 km de distancia y el recorrido actualmente es de 42 minutos; sin embargo, en aquel entonces el camino era una vereda que ameritaba en ocasiones caminar hasta 4 horas.

³¹ Promotor de salud, también conocido como “viejo promotor de salud” que inició su formación a los 14 años de edad, ahora coordinador de la clínica autónoma: No es originario de San Jerónimo Tulijá sin embargo recuerda que al inicio su zona de capacitación era La Culebra, pero llegaba desde su comunidad (Canalulub) caminando para reunirse con los otros promotores e ir juntos al curso. Él cuenta con una Casa de salud en su comunidad que ahora es sede del municipio autónomo, la atiende con otros promotores de la comunidad y la región y cada seis meses lleva a los pasantes de servicio social a hacer “campañas” para prevención y promoción de la salud con niñas y niños.

³² Sede del municipio autónomo Ricardo Flores Magón, donde tenían un centro de capacitación para estas actividades. Se encuentra a aproximadamente 80 km y el trayecto actualmente es de poco más de 2 horas.

³³ Nuevo Jerusalem, ahora es sede de un nuevo caracol zapatista, se encuentra a aproximadamente 114 km de distancia y más de 3 horas de camino.

promotoras y promotores de salud. Esto, entonces es un proceso que se dio de manera conjunta con Arroyo Granizo.

Otro hecho importante que deja claridad de la vinculación de SADEC-SSAZ y otras instituciones/ organizaciones es la presencia de “Checo” Valdez³⁴, su colectivo de Pintar Obedeciendo y su práctica mural comunitario, en 2007 siendo invitado a la inauguración de la clínica de San Jerónimo, a realizar un mural comunitario y la “decoración de la clínica”. (Híjar González, 2011)

Después de ello, los promotores de salud recuerdan que en 2008 fue la primera vez que llegó una médica pasante de servicio social a la clínica Murcia.

SADEC ofreció médicos para la clínica, nos contaron que venían de la UAM y que ellos podían apoyarnos con la consulta y con la capacitación de los promotores, porque antes nos había apoyado un médico italiano y otro de otra organización, pero ya después en 2008 fue que llegó la doctora Luz Ma a hacer servicio social y se quedo más de un año. (Beto, comunicación personal, 16 de mayo de 2025)

De ahí entonces es que la relación con el SSAZ en lo local (San Jerónimo) cambió puesto que aparte de acompañar el proceso de formación de los promotores de salud desde un ámbito regional, procurar las vacunas y hacer actividades de promoción y prevención en salud; ahora se iniciaba la atención en salud directa con personal universitario de salud; cumpliendo así con la operativización del SSAZ y SADEC en las tres formas que plantea la organización: asistencial, formación y capacitación y participación de la organización de salud comunitaria.

³⁴ In Memoriam. Coordinador del colectivo Pintar Obedeciendo, Profesor de la licenciatura en Comunicación Social de la UAM-X y pintor comunitario.

En ese orden de ideas y pese a haber transcurrido ya 15 años desde el levantamiento armado de 1994 (2009), los organismos de derechos humanos y otros continuaban denunciando hostigamiento a las comunidades autónomas (San Jerónimo, entre ellas) (Centro de Derechos Humanos Fray Bartolomé de Las Casas, 2009).

De ello Joel Heredia recuerda que:

Luz Ma estaba en la clínica y llegaron los militares a querer hacer una revisión o algo y ella con los promotores que estaban en turno impidieron que esto sucediera, esto jamás se le pidió a ella como pasante; de hecho la indicación era al contrario pero así sucedió (J. Heredia Cuevas, comunicación personal, 13 de mayo de 2023)

esto es una expresión de lo que se podría nombrar como el habitus (o comportamientos generados por el contexto) de SADEC, en donde se busca que el personal de salud universitario tenga en cuenta el contexto social, cultural y político de la zona donde está trabajando, de la mano de los conocimientos propios de su saber profesional y también con la parte de calidad y calidez humana que genera un trato digno y respetuoso.

Lo que siguió en la organización de salud comunitaria que se consolidó a partir del SSAZ en San Jerónimo Tulijá fue un aumento considerable en el número de promotores de salud, por lo que después de haber cursado 6 módulos (2 años aproximadamente” en Arroyo Granizo, comenzaron los talleres en San Jerónimo Tulijá. De ello Manxim dice

Como ya éramos muchos de acá de Sanje, pues entonces ya costaba mucho ir hasta allá, entonces las autoridades dijeron que mejor que se hagan los cursos acá y pues ya le dijimos al SADEC y entonces comenzó Ful a venir a dar los talleres y duraban 2 o 3 días. Luego de esos talleres, los promotores repasábamos con los doctores que estaban en la clínica y en las consultas que dábamos. (Manxim, comunicación personal, 16 de mayo de 2025)

Así entonces podemos visualizar la consolidación del proceso de salud comunitaria en San Jerónimo al no depender de otra comunidad para poder realizar los cursos de capacitación para sus promotores de salud. Aparte de la posibilidad de visualizar esta interacción que se da con el personal de salud comunitario y universitarios en medio de la construcción de la salud comunitaria y se operativiza al interior de la clínica autónoma.

Durante los siguientes años, Beto y Manxim refieren que SADEC continuó con las capacitaciones y con los pasantes de servicio social universitario, de medicina y estomatología de la UAM-X; ellos dicen respecto a esta interacción que

Si es bueno tener pasantes, nos ayuda mucho pero por ejemplo si un día ya no vienen entonces los promotores de salud tenemos que seguir el trabajo porque si no quién atiende a la gente, porque la gente ya sabe que acá en la clínica siempre hay alguien, y ya nos conocen que aunque no está la doctora les damos consulta (Beto, comunicación personal, 16 de mayo de 2025)

Esto deja claro que en San Jerónimo Tulijá los promotores de salud no evalúan como indispensable la presencia de SADEC o de personal universitario en salud para dar continuidad con la atención médica, de igual forma con respecto a las capacitaciones ellos comentan que cuentan con

3 capacitadores que han formado nuevos promotores de salud ya pero no quieren los jóvenes, luego vienen a uno o dos cursos y se van o hay muchos que ya se fueron al norte, entonces no hay nuevos promotores capacitándose, si podríamos formarlos nosotros hasta donde hemos aprendido con Ful pero no quieren (Manxim, comunicación personal, 16 de mayo de 2025)

Esto deja ver dos cosas, la primera que los promotores y coordinadores de la clínica consideran que tienen las suficientes herramientas para capacitar promotores nuevos y

eso denota el nivel de autonomía y el cumplimiento del objetivo de SADEC en el sentido de aportar herramientas necesarias para que después la organización en salud esté consolidada y se recree en sí misma sin necesidad de aportes externos. Por otro lado, la migración de las y los jóvenes zapatistas que a decir de Alejandra Aquino

las luchas pierden centralidad, pues dejan de interpelar a una parte de las nuevas generaciones para quienes lo que hoy tiene sentido es la migración [...] dado el contexto económico y político actual la migración se ve como el único proyecto viable en el horizonte que les permitirá como dicen ellos: mejorar su vida, salir adelante, sobresalir o hacer algo (Aquino Moreschi, 2012)

De ello entonces podemos visualizar mediante las palabras de Manxim, que se entrelazan con la experiencia contada por Aquino, que las juventudes en las comunidades zapatistas están generando de manera indirecta (con su migración) una debilitación a la organización comunitaria de salud, al SSAZ. Puesto que al partir se pierden los recursos humanos que podrían ser potenciales promotores y promotoras de salud que aporten a la operativización de este modelo de salud comunitaria, a la construcción colectiva de salud en su ejido.

También Manxim complementa lo anterior diciendo:

Nosotros sabemos que no podemos decirle al SADEC que haya más promotores aunque quiere, eso es un problema del pueblo, pero como los jóvenes no quieren pues no se puede; hay jóvenes que salieron a buscar trabajo, dejan la organización y olvidamos el objetivo de la organización y la lucha [...] igual sabemos que SADEC tiene diálogo con las autoridades y que es reconocido en la organización autónoma zapatista y por eso trabajamos bien, porque hablan con todos, con los promotores, con las autoridades y con la gente (Manxim, comunicación personal, 16 de mayo de 2025)

Todo ello da cuenta de lo que Joel teoriza como la proyección del modelo de salud comunitaria, en donde se existe un diálogo multilateral (con autoridades, con personal de salud comunitaria y con la comunidad misma) que permite que el modelo de salud funcione en todos los niveles; aquí el ejemplo es de los diferentes niveles políticos del SSAZ y que eso tiene impacto en las relaciones que se dan entre el personal universitario y comunitario de salud, entre las autoridades y SADEC e incluso en la relación con otras organizaciones³⁵.

Lo anterior cobra relevancia puesto que San Jerónimo Tulijá se convierte entonces en un espacio que congrega diversidad en cuanto a cultura, filiación política, organización de base social, religiones y demás, sin embargo la población con el trabajo a lo largo de los años ha logrado concebir la clínica autónoma como algo de la comunidad y para la comunidad y ha desarrollado la confianza en el personal comunitario de salud recibiendo expresiones como: *“en la Murcia si atienden y en el IMSS no, aparte nunca hay medicamento y de todas formas con la receta nos mandan para acá entonces mejor vamos directo”* (Beto, comunicación personal, 16 de mayo de 2025)

Otra perspectiva de la atención en salud que se brinda en la Murcia, es la que vive Pancha³⁶ quien dice:

³⁵ San Jerónimo Tulijá es parte de lo que se nombra como Gobierno Comunitario de Chilon que tienen un camino alternativo a los partidos políticos, en ejercicio a su libre autodeterminación como pueblos originarios <https://www.frayba.org.mx/comunicado-del-gobierno-comunitario-de-chilon-por-la-vida-y-por-la-paz#:~:text=Somos%20el%20Gobierno%20Comunitario%20del,al%20sistema%20de%20partidos%20pol%C3%ADticos.>

³⁶ Pancha es una mujer en sus casi 40, originaria de una comunidad que se encuentra en algún lugar de las montañas del Sureste Mexicano a 197 km de distancia aproximadamente de Sanje, lo que se traduce en 6 horas de camino; ella, mujer tseltal que alrededor de sus 6 o 7 años soñó que sería partera, que ha acompañado a miles de mujeres en el proceso de convertirse (o no) en madres; mujer fuerte, valiente, sabia, líder. Parte del movimiento zapatista desde muy pequeña y que después se reivindicó como partera tradicional y coordinadora de la clínica “Comandanta Ramona” en el Caracol de La Garrucha donde aparte aprendió a ser promotora de salud sexual y reproductiva y sobre

Yo cuando estaba en La Ramona³⁷ me dedicaba a la atención a las mujeres y no tenía mucha relación con la Jesús de la Buena Esperanza³⁸ entonces no muy conocía a SADEC, ya después cuando me vine a San Jerónimo lo oí de SADEC y solo algunos compas sabían que yo era partera pero no trabajaba todavía (Pancha, comunicación personal, 16 de mayo de 2025)

Esto es importante porque permite hacer notar que pese a que SADEC se encontraba presente en el mismo espacio político donde Pancha era la coordinadora de la clínica, no tenían una relación cercana, mostrando en cierta medida una desarticulación del SSAZ en ese espacio que se retomará más adelante.

En otro sentido es importante decir que pese a que algunos compañeros bases de apoyo y autoridades (la pareja de Pancha entre ellos), sabían de su labor como partera tradicional y promotora de salud sexual y reproductiva, no le integraron de manera inmediata al SSAZ en esta región y al trabajo de la clínica autónoma.

Esto quizá podría leerse como una resistencia de la integración de las prácticas tradicionales, o lo que en el SSAZ le llaman tres áreas (hierberas, hueseras y parteras); pese a que desde 2015 habían sido reconocidas por el Subcomandante Insurgente Moisés y en un comunicado se lee *“nosotras como mujeres ya estamos participando en cualquier tipo de trabajo, como salud, de ultrasonido, laboratorio, Papanicolaou,*

el uso del ultrasonido, complementando sus conocimientos. Mujer que en 2014 migró por su familia, dejó su comunidad y su cargo para ir a vivir a Sanje (a 6 horas de donde está su ombligo) con su pareja quien fuera autoridad en la junta de buen gobierno, y después en la comunidad. Si, mujer tseltal, partera pero finalmente no era de la comunidad por lo que le costó integrarse de manera activa al trabajo en el SSAZ de Sanje, en la Murcia.

³⁷ Clínica de la Mujer que fue inaugurada en el caracol de La Garrucha el 8 de marzo de 2008, es una clínica única en su tipo que se especializa en la atención a mujeres, resuelve problemas de parto, infecciones y enfermedades de transmisión sexual. También atienden partos y realizan pruebas de prevención de cáncer cervicouterino. <https://www.youtube.com/watch?v=cDUc01QszkE> Se abundará sobre esta clínica en el siguiente apartado.

³⁸ Clínica de salud general que se encuentra en el caracol III La Garrucha donde SADEC tiene trabajo desde aproximadamente 2008.

colposcopia, odontología, enfermería; también como tres áreas, que son parteras, hueseras y plantas medicinales.” (Lizbeth, 2015)

Pancha cuenta que:

Fue hasta que la doctora Mariana³⁹ le dijo a la esposa de Don Luis⁴⁰ y ya luego la comunidad se enteró y comenzaron a llegar pacientes. Desde ahí he trabajado bien con los doctores que han venido, ahora ya me conocen en San Marcos⁴¹, de Canalulub y ya vieron que sí sé y me buscan muchas personas (Pancha, comunicación personal, 16 de mayo de 2025)

Este es quizá uno de los rasgos que pudieran identificar cómo el concepto tradicional de “desarrollo” entendido como

el heredero de la noción occidental de progreso [...] bajo el supuesto que la razón permitiría descubrir las leyes generales que organizan y regulan el orden social y así poder transformarlo en beneficio de la gente [...] y el término desarrollo fue antecedido por otros términos además de progreso como civilización, evolución, riqueza y crecimiento (Valcárcel, 2006)

Ha permeado en el imaginario colectivo y se configura en la comunidad con la aceptación tal del modelo médico hegemónico en la concepción de éste como muestra del desarrollo que viene; de alguna manera, a desplazar la medicina tradicional comunitaria y que entonces se abre a la posibilidad de recurrir a ella sí y solo si, es el personal identificado

³⁹ Quien escribe esta tesis, mujer mestiza, privilegiada, recién egresada de la carrera en medicina, que nació creció y había vivido toda su vida en la zona conurbada de la CDMX. Quien en ánimos más salvadores que colaborativos, llegó a Chiapas por la vía ya previamente mencionada de la UAM-X+ Programa de Investigación Interdisciplinario Desarrollo Humano+ SADEC y paró en Sanje. Médica que hoy se reivindica como médica comunitaria y que aprendió gracias a Pancha, que las parteras son grandes maestras de vida y de la salud comunitaria.

⁴⁰ Esposa de Don Luis es una mujer, profesora que en esos años estaba embarazada, su bebé estaba mal acomodada y Pancha le tallo y la acomodó. Ellos no vivían en la comunidad pero si conocían a muchas personas.

⁴¹ Comunidad que se encuentra a 15 km de distancia de San Jerónimo Tulijá

con este desarrollo quien me lo recomienda; es decir, creo en la partera tradicional y reconozco sus saberes si y solo sí es la médica quien me la recomienda.

Esto sumado a la condición de Pancha como migrante interna, en su mismo pueblo originario (tseltal) pero de diferentes regiones, que hacen que sea identificada como extraña, externa a la dinámica comunitaria. Y que todo esto deja ver el entramado tan complejo que se compone de miles de hilos que al final se unen, tocan, amarran, tejen o simplemente pasan de largo y constituyen la dinámica comunitaria.

Resulta importante también poner atención a lo que refiere Pancha en sentido de que “trabaja bien” con las doctoras y doctores de la Murcia; y no solo eso, sino que también reconoce que: *“algunos doctores los enseñó cómo se hace el ultrasonido, cómo se atiende el parto y trabajamos con ellos en las consultas también, el trabajo está bien, nos ponemos de acuerdo y atendemos a las pacientes de buenas maneras”* (Pancha, comunicación personal, 16 de mayo de 2025); esto permite el análisis de la realidad instrumentada del modelo intercultural en salud, ese con el que sueñan las instituciones públicas de salud y que se limitan a creer que con publicar una Norma Oficial Mexicana que hable de partería, es suficiente; como la recién aprobada NOM-020-SSA-2025.

Este ejercicio de intercambio que realiza Pancha con los pasantes de servicio social; primero desmonta el mito de la educación clásica profesionalista y el modelo médico hegemónico con su habitus médico que impera en el imaginario colectivo sobre todo en términos de atención a mujeres embarazadas, en parto o puerperio que

se trata de la institucionalización de los partos –que pasaron del espacio privado doméstico al hospital– y la profesionalización de su atención –que quitó de la escena a parteras formadas empíricamente y masculinizó la asistencia, por la imposibilidad

de las mujeres de titularse formalmente en ese momento.
(Castillo, 2020)

al poner al frente de esta labora a una mujer, indígena tseltal, que no estudio en la educación “formal escolarizada” y no solo eso, sino que aparte ella es quien les enseña a profesionales universitarios de la salud (médicas y médicos recién egresados) de la atención de un parto, pero no solo; sino también, del uso de un recurso médico tecnológico como es el ultrasonido que en la concepción del MMH debería estar limitado a especialistas.

Pancha reconoce también que su relación con SADEC se ha limitado a este acompañamiento con las y los pasantes de servicio social en la comunidad, pero también cuenta que *“a veces voy hasta SADEC a Palenque para darles cursos a los pasantes, me piden que vaya a enseñarles cómo es que yo atiendo, a platicarles de cómo es mi trabajo, del control prenatal y, de algunas plantas para las embarazadas”* (Pancha, comunicación personal, 16 de mayo de 2025); esto sigue fortaleciendo entonces la interpretación sobre el habitus médico de SADEC, que se encuentra permeado por otros conocimientos y reconociendo de manera abierta y oficial la colaboración e importancia del personal de salud comunitario, en particular de las parteras.

De igual forma; ella nos cuenta que

pues la verdad la coordinación no es buena con las autoridades a veces pero SADEC nos apoya, en mi caso eso es lo que hago con SADEC porque los cursos, solo tome como 3 con Ful, porque no son de parteras; los de parteras y plantas son más de los capacitadores y yo casi todo lo que sé fue lo que aprendí en la Garrucha (Pancha, comunicación personal, 16 de mayo de 2025)

Esto permite dos puntos de análisis; el primero en sentido positivo con la intermediación de SADEC entre las autoridades y el personal de salud comunitario donde se permite entonces una coordinación mejor entre los ámbitos políticos, de personal comunitario de salud y de SADEC para que la instrumentación del SSAZ y la infraestructura sean aprovechados en el máximo nivel posible.

En otro sentido también resulta pertinente mencionar que el comentario de Pancha respecto a las capacitaciones también es de considerarse en sentido de que quizá la labor de SADEC en estas acciones de formación no se están realizando de manera tal que integren a todo el personal de la clínica autónoma (incluyendo a las 3 áreas de huseras hierberas y parteras) sino que han ido encaminados más a promotores de salud y que han relegado a estas otras áreas.

De igual manera es importante decir que el sentido de intercambio entonces se ve limitado puesto que la percepción de Pancha es que ella está compartiendo sus conocimientos con el personal de SADEC y no está siendo del todo satisfecha la retroalimentación hacia ella.

Pese a esto Pancha dice que:

Los pacientes dicen que la clínica está bien, que acá si les atendemos bien, no como en el IMSS que los regañan y acá los pasantes son buenos, también creo que fue bueno que yo empezara a atender partos aquí para el pueblo porque antes no les querían atender y les llevaban al Hospital y ahora que atendemos acá la gente dice que la clínica es salva vidas porque atienden bien”(Pancha, comunicación personal, 16 de mayo de 2025)

Esto deja ver también lo bien valorada que está la atención que brinda la clínica por la población, lo cual también contribuye a que la salud comunitaria se encuentre fortalecida y que de alguna manera se instrumente mejor y de forma más integral; al contar con aprobación de la población de manera directamente proporcional habrá participación de la comunidad en la dinámica social para favorecer acciones en pro de la salud de toda la comunidad.

Finalmente Pancha refiere que para ella *“la salud es que se cuiden, el baño, lavado de manos, cuidarse, alimentarse y sobre todo las embarazadas avisar para que estén bien y que el bebé este bien y que no tengan pena⁴², y que también es bueno que vengan con la doctora”* (Pancha, comunicación personal, 16 de mayo de 2025); de ello se puede decir que es claro cómo cambia la perspectiva de Pancha en torno a la salud puesto que al ser partera se asume como tal y habla de las mujeres y sus embarazos; sin embargo, también es clara la perspectiva desde la promoción y prevención que integra en su forma de ver la salud, incluso en el sentido emocional al decir *“que no tengan pena”*.

En San Jerónimo Tulijá el trabajo de SADEC sigue estando presente en todos los sentidos, desde la asignación de pasantes de servicio social, la formación y capacitación con algunos promotores de salud que asisten aún a la clínica y la parte de organización en salud bajo la cual Manxim menciona que *“ahora hay solo 12 pueblos organizados en la región de Canalulub, cada responsable de pueblo organiza la desparasitación y campañas de salud en su pueblo pero la verdad no todos lo hacen falta organizar más”* (Manxim, comunicación personal, 16 de mayo de 2025).

⁴² En lo que refiere a la traducción o interpretación tseltal decir “no tengan pena” se refiere a que no tengan ninguna preocupación. En sentido estricto que no tengan una pena que les aflija o preocupe.

Si bien es cierto que se sigue realizando el trabajo y cumple estrictamente con los objetivos de SADEC, también es cierto que la parte de organización en salud, a valoración de los promotores de salud y coordinadores se ha visto limitada; situación que no corresponde directamente a SADEC sino más bien a la organización comunitaria y del SSAZ propiamente, sin embargo quizá SADEC podría impulsar un poco más la propuesta mediante el diálogo con autoridades u otras acciones posibles.

Finalmente respecto a la mortalidad materna; los registros oficiales solicitados a la Secretaría de Salud por vía de la plataforma de Transparencia, reportan que no se ha registrado ninguna muerte materna en San Jerónimo Tulijá en los últimos 10 años, sin embargo en la memoria colectiva se tiene el registro de una mujer que

era un embarazo gemelar, lo atendió una partera que no es de la organización (EZLN) ni de ninguna otra, dicen que nació el primer bebé y el segundo estaba sentado y no salió, luego la mujer sangró mucho y que tardaron en encontrar carro para el traslado, entonces en el camino murió” (Anónimo, comunicación personal, febrero de 2023)

la persona que nos informó cuenta que esto paso en el año 2016.

Lo anterior pone en duda entonces el registro de la mortalidad materna por las vías oficiales/ institucionales que si bien, es cierto que la región corresponde a IMSS (ahora bienestar) la Secretaría de Salud del estado también debería tener el registro que concuerde con la cifra real de ocurrencia de casos. Entre varios factores del subregistro la bibliografía menciona que

la costumbre funeraria de enterrar a los muertos en las parcelas, la larga distancia a los centros de registro en la cabecera municipal, el temor a las implicaciones morales, sociales y jurídicas y la inadecuada clasificación de las causas de muerte hacen que el subregistro prevalezca y se incremente.” (Herrera Torres et al., 2006)

5.5 La Garrucha, Municipio Autónomo Francisco Gómez; Municipio Oficial Ocosingo, Chiapas.



Ilustración 41 Oficinas de la Junta de Buen Gobierno La Garrucha Ocosingo, Chiapas.

La Garrucha, ejido que se encuentra en las montañas del Sureste Mexicano, que alberga las oficinas y centro de operaciones de la Junta de Buen gobierno y que hace nombrarse “Caracol Resistencia Hacia un nuevo Amanecer”. En este espacio político de lucha, resistencia, convivencia y quehaceres coordinados y coordinadores se albergan dos clínicas autónomas que nos cuenta Mari⁴³:

cuando se abrió el caracol [2003] ya estaba la Jesús de la Buena Esperanza, ahí atendíamos, porque a nosotros ya nos había dado cursos otros doctores que venían acá o con los que íbamos a la Realidad u otros lugares a aprender. De ahí en 2006 vimos que era necesario que las mujeres se atendieran en otro lado, porque en la misma clínica a veces no se podía atender el parto

⁴³ Promotora de salud general, promotora de salud sexual y reproductiva y partera, mujer, tseltal, líder, originaria de un ejido que se encuentra aproximadamente a 3 horas de distancia de La Garrucha, de las fundadoras de la clínica autónoma Jesús de la Buena Esperanza y de la Comandanta Ramona. Coordinadora de las clínicas actualmente y promotora permanente; es decir, vive en la clínica, solo ocasionalmente va a visitar a su familia.

o las mujeres no estaban en paz; entonces comenzaron la construcción de la Ramona⁴⁴ y la terminaron en 2008; pero antes de eso todos estábamos juntos en la Jesús de la Buena Esperanza (Mari, comunicación personal, 15 de enero de 2025)

El caso específico del Caracol de La Garrucha tiene el origen en la presencia de estas dos clínicas; puesto que, si bien la figura de la promotora de salud sexual y reproductiva se encuentra presente en el SSAZ, sus atenciones son siempre en los botiquines, casas de salud o clínicas que son parte de la infraestructura del SSAZ, no así en La Garrucha donde tienen un espacio de atención especializado.

Sobre la relación del SSAZ de la región de la Garrucha con SADEC, Mari refiere que recuerda *“que yo ya conocía al doctor Joel desde antes de 2008, porque lo veía que venía [a las oficinas de la junta de buen gobierno] pero no trabajaba con nosotros, yo sabía que daba cursos y mandaba doctores pero a otras clínicas”* (Mari, comunicación personal, 15 de enero de 2025) sobre el tema de los cursos Mari recuerda que también en algún momento acudió a las capacitaciones que daba Fulgencio sobre plantas, sin embargo no recuerda en qué año ni en dónde fueron estas.

De ello también Mari refiere que ella no fue formada del todo por SADEC *“si participe en algunos cursos de Ful sobre todo, esos de las plantas; ahí aprendí a hacer jabones y tinturas y eso me ha ayudado un poco a mi trabajo, pero lo que yo se lo aprendí con otras organizaciones y doctores”* (Mari, comunicación personal, 15 de enero de 2025)

Esto permite seguir poniendo en perspectiva que SADEC no es la primera ni la única organización que ha colaborado con el SSAZ en la construcción de la salud comunitaria

⁴⁴ Clínica “Comandanta Ramona” que es única en todo el SSAZ y que atiende únicamente mujeres y todos las afecciones en temas de salud sexual y reproductiva; la atención la brindan promotoras de salud sexual y reproductiva y parteras tradicionales. Se coordina con la clínica de salud general y con los pasantes de servicio social para la atención de urgencias.

y que han sido muchas las personas que han participado de la formación de los promotores y las promotoras de salud.

De ello también se debe reconocer que SADEC en La Garrucha, de manera inicial se encontraba personificado por Joel y Fulgencio; que se identificaban por los cursos que daban en otras regiones que eran de carácter interdisciplinario al tratar el tema de herbolaria y también por las gestiones que SADEC iba a realizar con las autoridades autónomas zapatistas de la Junta de Buen Gobierno.

Después Lupe⁴⁵ comenta que

entré en 2011 y SADEC ya estaba trabajando aquí; y SADEC nos ha enseñado un poco sobre salud, a dar tratamiento a los pacientes, cuando vine estudiamos de las diferentes plantas y de plantas medicinales con Ful 6 veces y por eso se manejar bien las plantas y tengo el manual; yo era de las 3 áreas, nunca he recibido curso de ultrasonido pero de lo de más sí y por eso aprendí y ahora soy promotor avanzado (Lupe, comunicación personal, 15 de enero de 2025)

De esto es importante rescatar que Lupe es uno de los promotores de salud que SADEC acompañó desde el inicio de su formación y que hoy se dejan ver como promotores avanzados; aunque también es importante decir que SADEC solo le capacitó en herbolaria, no así en las otras áreas de la promoción de la salud, dejando con ello huecos

⁴⁵ Promotor de salud general que se encuentra en nivel avanzado, él ha sido capacitado desde hace muchos años, inicialmente con organizaciones solidarias en la realidad y con personal de salud solidario nacional e internacional; también recibió capacitaciones con SADEC a partir de 2008 y se formó como capacitador para formar nuevos promotores de salud. Él realiza turnos en la clínica Jesús de la Buena esperanza que consisten en la presencia durante 10 días continuos en la clínica para dar consulta, atender urgencias, apoyar en todas las actividades de salud que estén programadas en esos días y estos turnos son cada 6 meses aproximadamente

en la formación que en el caso de Lupe han sido solventados con otras interacciones por ejemplo:

cuando somos promotores rotantes nos capacitamos con los médicos y médicas de la clínica porque ellos nos ayudan a conocer más y nos enseñan de la consulta que vamos viendo también todo lo que hacemos de campañas y eso nos refuerza los conocimientos (Lupe, comunicación personal, 15 de enero de 2025)

De ello es importante mencionar que SADEC también deposita una cierta labor de continuidad de capacitación en las y los pasantes de servicio social, situación que fortalece esta postura de intercambio de saberes/conocimientos, la construcción colectiva de conocimiento y la investigación acción que se propone desde la educación popular; sin embargo, también debemos retomar lo que menciona Mari respecto a este proceso conjunto puesto que:

Me poyo con los doctores, si no estuvieran sufrimos un poco pero igual, cuando estamos solos yo atiendo todo, la consulta, los partos, la farmacia, es pesado y cansa, pero se tiene que hacer; también con los coordinadores de SADEC no hay problema, pero a veces con los pasantes sí; algunos vienen buenos y quieren trabajar bien con nosotros, pero otros no; a los pacientes los regañan o son muy estrictos y luego ya dicen que no quieren pasar con ellos” (Mari, comunicación personal, 15 de enero de 2025)

Ello da muestra de la valoración positiva que tienen en la mayoría de los casos de la colaboración con las y los médicos pasantes; sin embargo, también deja ver la individualidad y libertad de acción que SADEC tiene para con el personal de salud universitario, y que también refleja la diversidad en relaciones interpersonales que al final

también permea el trabajo de cooperación y colaboración que debería existir en estos espacios del SSAZ.

Lo anterior puede dejar ver que es cierto que *“Queremos un mundo donde quepan muchos mundos”* y dentro de esos mundos también está ese personal universitario de salud y las diversidades de personas que somos que hacen que cada relación sea diferente; al tratarse de relaciones humanas ya es complicado; ahora en este contexto hay que considerar la cultura, cosmovisión, contexto e historia de vida de las personas que hace que se relacionen de tal o cual manera entre ellas.

Entre las dificultades que identifican los promotores de salud es que: *“a veces SADEC hace acuerdos con la junta sin platicar con los promotores de salud”* (Anónimo, comunicación personal, febrero de 2023); esto pudiera ser evaluado como un obstáculo para la organización en salud, puesto que el objetivo central debe ir encaminado a fortalecer la comunicación entre todos los niveles y personas implicadas en la operativización del SSAZ.

Quizá lo anterior pudiera ser complicado, pero también es real que quien se encuentra en el día a día trabajando en la salud comunitaria son las y los promotores y ellos deberían ser los primeros consultados; también es cierto que quizá es una percepción, pero esto debería ser considerado por SADEC para establecer comunicaciones efectivas y de confianza que permitan expresar estas situaciones y aclararlas.

Sobre la mortalidad materna, en el registro oficial consultado por la plataforma de transparencia no se encontró ningún registro en los últimos 10 años, sin embargo Mari recuerda que *“hubo una muerte materna en el 2021; no era de acá, era de San Manuel*

y tenía preeclampsia; llegó a la Ramona y la llevamos al Hospital San Carlos⁴⁶ y murió ahí” (Mari, comunicación personal, 15 de enero de 2025)

Esto nos permite ver otra de las causas por las que las muertes maternas pueden caer en subregistros y es que las mujeres van de su lugar de origen a otro en búsqueda de atención, luego son referidas de nueva cuenta y mueren en estos otros lugares por lo que las muertes en ocasiones se registran en estos sitios y eso impacta en la percepción de la mortalidad materna de las regiones.

Finalmente al preguntar sobre la definición de salud para los promotores de salud de La Garrucha, la respuesta fue:

- *Es el bienestar del pueblo, la vida de todos los niños y nosotros es muy importante para mí*
- *Es estar bien de nuestra vida, estar bien para todos los pueblos y estar sano*

Esto deja ver que en la concepción de las personas que son parte del SSAZ en La Garrucha, se deja ver la importancia de la colectividad y de la concepción comunitaria, así como la necesidad de integrar en la concepción de salud todo lo que nos integra como personas, y no solo lo físico y también la importancia de hablar de “pueblo” al concebirse como parte de un todo que funciona de manera coordinada.

Con ello podríamos interpretar que la concepción de salud comunitaria en La Garrucha concuerda con lo referido por el SSAZ, SADEC y el personal de salud comunitario.

⁴⁶ Hospital que se encuentra a 62 km de distancia de La Garrucha en un trayecto aproximado de 2 horas; este es un hospital comunitario que está en la comunidad desde 1969 y atiende principalmente a personas de los pueblos originarios de la región. Es administrado por las Hermanas de la orden de San Vicente de Paul y mantiene una atención humana, intercultural y digna <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/san-carlos-el-hospital-escondido-a-unos-pasos-de-la-selva-lacandona/>

5.6 Interpretación transversal de las transformaciones en salud de las comunidades presentadas

Todo lo anterior da muestra de las opiniones que les merece a las personas con las que SADEC ha colaborado en los últimos 10 años, esto deja claro la permanencia de la organización en el territorio y la identidad que ha formado para sí misma, para el SSAZ en su nivel político (autoridades comunitarias), para el SSAZ en su nivel operativo (promotoras y promotores de salud) y finalmente y no por eso menos importante para las comunidades propiamente dichas.

De esto podemos decir que la identidad general de SADEC se percibe de manera relativamente uniforme en por las personas que fueron entrevistadas entre quienes están promotores de salud, parteras, autoridades y quienes han sido pacientes; esta opinión se podría resumir de la siguiente manera:

La identidad de SADEC se puede percibir como comprometida con las comunidades, con buen trabajo, que muestra un ánimo colaborativo y que también que las personas que la conforman son generalmente buenas, comprensivas, abiertas al trabajo colectivo y que pese a ser una organización de salud; su habitus no se configura en línea del Modelo Médico Hegemónico sino más bien con una característica que lo hace peculiar y tiene que ver con este ánimo colaborativo que permite que la salud se construya de manera colectiva y no solo tomando en cuenta al personal universitario; de hecho poniendo más peso en los elementos que aporta el personal comunitario.

De lo anterior también es importante recuperar que en las pláticas sostenidas con las personas de las comunidades también se evidenció la presencia de diversidad de identidades individuales dentro de la identidad colectiva de SADEC, con énfasis al

personal universitario de salud; donde en algunas ocasiones no se integran a la dinámica comunitaria y a la construcción y operativización colectiva del modelo de salud del SSAZ.

Lo anterior, resulta importante puesto que si bien dificulta relaciones con el mismo SSAZ (autoridades y personal comunitario) o con la población; no es del todo injerencia de SADEC, sin embargo si se reconoce la necesidad de confianza con el SSAZ y comunidad para que estos temas sean abordados a tiempo y se les de la solución necesaria y acordada en conjunto.

Por otro lado, en lo que tiene que ver con las líneas de trabajo de SADEC podemos ver que las opiniones registradas en las cuatro comunidades permiten ver que se ha realizado en algún momento de la intervención las tres líneas (asistencial o atención directa en salud, formación y capacitación y organización en salud); en diferentes momentos y que esto puede ser quizá lo que configura diferencias en la continuidad del trabajo y también en la concepción de la salud.

Con lo anterior me refiero a lo siguiente:

En el caso de las comunidades Arroyo Granizo, San Jerónimo Tulijá y La Garrucha la intervención de SADEC comenzó con la formación y capacitación de promotores de salud; es decir con una dinámica de construcción más colectiva de la salud comunitaria que se fortaleciera con personal de las comunidades que pudiera aportar al proceso de construcción del modelo las particularidades de cada región, con el objetivo de que fuera mejor adaptado y se apropiaran de el mismo.

No así en Las Tazas, donde la intervención comienza con la línea asistencial en el marco de la emergencia y con tintes humanitarios; y que el modelo de salud comunitaria

comenzara a construirse desde otra arista quizá influya en cierta medida para que la intervención en la comunidad no pudiera ser sostenida por personal comunitario de salud al no contar con el personal universitario. Con esto no afirmo que sea la única situación que influyera en la conclusión de la intervención, considero que es una situación multicausal y multidireccional.

En el sentido de la integración a personal comunitario de salud, aparte de las promotoras y promotores de salud, SADEC ha hecho un esfuerzo por que en todas las sedes donde interactúa con el SSAZ se integre a la operativización del mismo, sin que en todos los lugares funcione de manera efectiva; así pues en los casos de La Garrucha, Las Tazas y San Jerónimo Tulijá, las parteras son parte importante de la operativización del SSAZ y se integran al equipo de trabajo de manera coordinada con los promotores de salud y con personal universitario de salud; colaborando con ello a desmontar el mito del modelo médico hegemónico sobre la necesidad de profesionalización para atención en salud.

No así en Arroyo Granizo, donde las parteras no fueron visibilizadas durante la plática sostenida con Don Juan y Narciso; y no por que las parteras no existan en la comunidad sino porque no trabajan integradas al SSAZ ni de manera coordinada con el personal comunitario o universitario.

También resulta importante mencionar sobre la ocurrencia de muertes maternas en las regiones donde SADEC colabora no hay una manera de comprobar con cifras y datos duros que las acciones que la organización ha promovido, acompañado e implementado han incidido de manera directa en la disminución de casos; sin embargo en el imaginario colectivo de la comunidad de Las Tazas sí se encuentra este indicador presente; no así en San Jerónimo, Arroyo Granizo y La Garrucha donde sí se han registrado muertes

maternas en los últimos 10 años; por lo que las personas con quienes platiqué no conciben que se haya disminuido el indicador.

Finalmente, en la concepción de salud en general; al expresarla todas las personas a quienes se les preguntó, en las 4 comunidades dejan ver rasgos de lo que se concibe como salud desde la Atención Primaria de la Salud, la determinación social de la salud, la importancia de la Promoción y prevención en salud y sobre todo la construcción colectiva de la misma.

CONCLUSIONES GENERALES

A lo largo de este documento desarrollé un recorrido en varias líneas paralelas, que permitieron ir construyendo una panorámica de tiempo, lugares, espacios, personas, interacciones y formas de hacer. El objetivo principal de este documento es visibilizar el impacto social que ha tenido SADEC en el ámbito de la salud comunitaria; que para efectos de este trabajo, fue construido desde lo geográfico al priorizar dos de los 124 municipios del estado; lo temporal, al incluir en el análisis a cuatro comunidades donde ha estado presente al menos los últimos 10 años; y las relaciones comunitarias, al trabajar con comunidades que tienen una relevancia de caracterización social general y dentro del Sistema de Salud Autónomo Zapatista.

Este impacto ha sido promovido principalmente por un modelo de atención en salud que SADEC ha implementado de manera conjunta con los actores en salud y que tiene como objetivo central el construir una sola salud con estándares de humanidad, calidad, calidez y dignidad, que sea flexible e integrador; en sentido de que, conciba la dinámica social como factor catalizador (en positivo o negativo) para el proceso de salud-enfermedad.

Este modelo de salud comunitaria ha generado un impacto social significativo, no solo en términos de atención en salud, sino también de la transformación de las relaciones sociales y organizativas en salud y a nivel comunitario. De ello, se identifica la apropiación comunitaria de procesos de salud, el fortalecimiento de estructuras organizativas comunitarias y locales; que si bien son acompañadas por SADEC, se insertan en la organización autónoma zapatista y que favorecen la resignificación de la

salud como un derecho colectivo que se vincula de manera directa con las condiciones de vida de las personas.

También es importante mencionar que el impacto generado por el modelo de salud comunitaria de SADEC y de las comunidades que acompaña no puede ser entendido sin visibilizar que es un proceso histórico, relacional y situado que articula la salud con organización social, territorio y política.

Así pues, el modelo de SADEC, en tanto proceso y estructura ha contribuido a consolidar algunas capacidades comunitarias que han sido sostenidas en el tiempo y que van más allá de las intervenciones asistenciales puntuales en salud. Y esto lleva a que se genere una capacidad de visibilizar y construir la salud desde la acción colectiva, donde las comunidades se transforman en sujetas políticas con agencia para la producción del bienestar. Aunque también es real que el proceso no se realiza de manera homogénea ni libre de tensiones, sino que genera un diálogo dinámico entre el Estado, el modelo médico hegemónico, el territorio y sus dinámicas, la violencia, la desigualdad, la exclusión, la dignidad y la rabia.

Cuando se habla de salud como derecho colectivo, resulta importante aterrizar que el modelo de SADEC le da cuerpo al discurso mediante acciones que se focalizan a la organización comunitaria; entre las que podemos nombrar formación de promotores de salud y parteras, acompañamiento y fortalecimiento de comités de salud y fomento y participación de asambleas comunitarias y espacios de discusión. En estos espacios más allá de discutir y tomar decisiones, se instala la capacidad de cuestionamiento y crítica del modelo médico hegemónico y cientificista que se centra en la enfermedad y llevando al imaginario colectivo la salud como un ente que se vincula con la vida, la cultura, el

ambiente, los derechos, la autonomía y la dignidad; ente que está limitado por las condiciones de pobreza, violencia, ruptura de tejido social y marginación.

En las comunidades donde SADEC ha tenido presencia y que fueron incluidas en el análisis de esta tesis, se pudo identificar una concepción de desarrollo que mezcla perspectivas; es decir, si bien colocan a la salud como una condición central para el bienestar colectivo y que se construye de manera relacional e integral con el territorio, la identidad y la cultura; también contrasta con lo referido sobre la eficiencia y manejo de las enfermedades, con la generación de recursos económicos para el acceso a condiciones “mejores” y con las políticas públicas que promueven modelos asistencialistas que no reconocen los saberes locales y procesos de autonomía en las comunidades.

De lo recabado por esta tesis resulta importante destacar la continuidad del modelo de atención que ha sido implementado previo a 1994 y que se mantiene activo hasta el día de hoy, mismo que ha acompañado la continuidad del proceso organizativo de las comunidades. También es de resaltar la legitimidad comunitaria del modelo de salud y el fomento y formación de capacidades locales con agentes comunitarios como promotores de salud y parteras. En torno a las limitaciones es posible reconocer la necesidad de procesos formativos prolongados, las tensiones territoriales, políticas y sociales que derivan del contexto y sobre todo los desafíos internos de la organización que se pueden generalizar en términos de sostenibilidad, renovación generacional y la necesidad de adaptación a contextos cambiantes. A ello se suman barreras lingüísticas, culturales y territoriales que complejizan la implementación y evaluación del modelo.

Desde una perspectiva crítica, los hallazgos evidencian que el impacto del modelo de SADEC no puede ser capturado por indicadores convencionales de evaluación, ya que sus efectos se expresan principalmente en dimensiones cualitativas como el fortalecimiento del tejido social, la construcción de autonomía y la resignificación de la salud. Esto plantea un cuestionamiento directo a los marcos tradicionales de medición de impacto social, particularmente en contextos rurales e indígenas.

En este sentido, el modelo analizado aporta elementos relevantes para repensar las políticas públicas de salud en contextos rurales e indígenas, particularmente en lo que respecta a la centralidad de la participación comunitaria y la interculturalidad y aporta elementos estratégicos para repensar las políticas de salud en México, señalando la necesidad de:

- Reconocer y fortalecer los modelos de salud comunitaria como complementarios —y no subordinados— al sistema institucional.
- Incorporar la participación comunitaria como eje central en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas en salud.
- Avanzar hacia enfoques interculturales reales que trasciendan el reconocimiento discursivo e integren los saberes y prácticas locales.
- Generar esquemas de financiamiento y acompañamiento que respeten los tiempos, procesos y formas organizativas de las comunidades.
- Integrar los enfoques interseccionales y de salud comunitaria en las mallas curriculares de los programas académicos de salud; con el objetivo de favorecer un diálogo dinámico y multidireccional entre los espacios de salud académicos y comunitarios; así como desmontar el mito del habitus médico clásico.

Finalmente, se concluye que el modelo de SADEC mantiene una alta pertinencia política y social en el contexto actual, particularmente en escenarios de crisis del sistema de salud y profundización de las desigualdades. No obstante, su sostenibilidad dependerá de su capacidad para fortalecer sus procesos internos, adaptarse a nuevas configuraciones territoriales y seguir construyéndose desde una relación horizontal con las comunidades, evitando procesos de institucionalización que puedan diluir su carácter crítico y transformador.

El caso de SADEC evidencia que es posible disputar la hegemonía del modelo biomédico y construir alternativas situadas, sostenibles y legítimas desde el territorio. Sin embargo, también deja claro que estos procesos no pueden sostenerse únicamente desde la voluntad comunitaria u organizativa, sino que requieren un entorno político e institucional que los reconozca, respete y fortalezca sin cooptarlos. En un contexto de profundas desigualdades y crisis del sistema, la salud comunitaria no es una alternativa marginal: es una vía necesaria para la garantía del derecho a la salud desde abajo.

En este sentido, más que un modelo replicable de manera estandarizada, la experiencia de SADEC debe entenderse como un referente situado que ofrece claves para la construcción de alternativas en salud desde lo comunitario, lo político y lo territorial.

Al cierre de la temporalidad analizada en esta tesis el EZLN anunció la creación de “un quirófano en la selva” bajo la iniciativa del común; es indudable que esta iniciativa modificará la salud comunitaria, pero aún no sabemos cómo. Será una nueva forma de apropiarse del modelo médico hegemónico, o será la incorporación de la medicalización al SSAZ. Esta iniciativa dará pie a discusiones y posturas e impactará en la salud comunitaria. Esta tesis deja la línea de diálogo abierta entorno a este y otros temas.

BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS:

Amoroz Solaegui, I. (2011, noviembre). El derecho a la Salud en Comunidades indígenas del estado de Chiapas. *Revista Pueblos y fronteras digital*, 6(11), 8-37.

Aquino Moreschi, A. (2009). Entre el «sueño zapatista» y el «sueño americano»: La migración a Estados Unidos vista desde las comunidades zapatistas. *Migración y Desarrollo*, 13, 79-95.

Aquino Moreschi, A. (2012). La migración de jóvenes zapatistas a Estados Unidos como desplazamiento geográfico, político y subjetivo. *Revista Europea de estudios latinoamericanos y del caribe*, 92, 3-22. <https://doi.org/10.2307/23339603>

Arriaga Cruz, C. Y. (2013). *Seguridad Nacional, contrainsurgencia, guerra de baja intensidad (GBI) y estrategias de comunicación: El caso del movimiento zapatista (2007-2009)* [Tesis para obtener el título de Licenciada en Comunicación Política, Universidad Nacional Autónoma de México]. <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000705753/3/0705753.pdf>

Bordieu, P. (1997). *Razones prácticas Sobre la teoría de la acción* (1.^a ed.). Anagrama.

Cadena Vargas, E. (1997). Neoliberalismo y Política en México 1982-1997. *Revista de Ciencias Sociales*, 14, 11-23.

Castillo, B. (2020). Parir como la institución médica manda. Análisis sociológico del Modelo hegemónico de atención obstétrica. *Argumentos Revista de Crítica Social*, 22, 1-21.

Castro, R. (2014, junio). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México*. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197.

Centro de Derechos Humanos Fray Bartolomé de Las Casas. (2009, febrero 28). El Frayba denuncia nuevos actos de hostigamiento contra comunidades zapatistas. *Enlace Zapatista*. <https://enlacezapatista.ezln.org.mx/2009/02/28/el-frayba-denuncia-nuevos-actos-de-hostigamiento-contra-comunidades-zapatistas/>

Comandancia General del EZLN. (1994, enero 1). Primera Declaración de la Selva Lacandona. *Enlace Zapatista*. <https://enlacezapatista.ezln.org.mx/1994/01/01/primera-declaracion-de-la-selva-lacandona/>

CONEVAL. (2019). *Sistema de Protección Social en Salud: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI* (Lo que se mide se puede mejorar, p. 7). Comisión Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/Seguro_Popular_Seguro_Medico_Siglo_XXI.pdf

Consejo Episcopal Latinoamericano. (2016, noviembre 28). Cuando la Interculturalidad es una realidad y no solo un enunciado. *Consejo Episcopal Latinoamericano*. <https://www.celam.org/observatorio-old/docs/practicas3.pdf>

Cortez Ruíz, C. (2022). El Programa de Investigación Interdisciplinario “Desarrollo Humano” de la Universidad Autónoma Metropolitana. En *Recorriendo veredas para colaborar en el desarrollo humano sostenible* (1.^a ed., Vol. 1, p. 340). Universidad Autónoma Metropolitana. <https://publicaciones.xoc.uam.mx/Recurso.php>

Cotonieto-Martínez, E., & Rodríguez Terán, R. (2021, febrero). Salud comunitaria: Una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. *Journal of Negative & No Positive Results (JNNPR)*, 6(2), 393-410.

De Ita, A. (2021). Sembrando Envidia. En *Comunidad y Autonomía frente a Sembrando Vida* (1.^a ed., pp. 13-28). Pan para el Mundo, Misereor y CS Fund.
<https://www.ceccam.org/sites/default/files/comunidad%20y%20autonomia.pdf>

Delgadillo Macías, J. (2006). Dimensiones territoriales del desarrollo rural en América Latina. *Problemas del desarrollo*, 37(144), 97-120.

Diz-Lois, F. (2008). Sistemas de salud y la medicina asistencial. *La medicina interna como modelo de práctica clínica*, 83-101.

Edgar. (2014). Trabajos de la Junta de Buen Gobierno. En *Gobierno autónomo II* (Vol. 2, p. 46).

El Capitán. (2023, noviembre 14). Décima Parte: Acerca de las Pirámides y sus usos y costumbres. Conclusiones del análisis crítico de MAREZ y JBG. (Fragmento de la entrevista hecha al SubComandante Insurgente Moisés en los meses de agosto-septiembre del 2023, en las montañas del Sureste Mexicano) [Enlace Zapatista]. *Enlace Zapatista*.
<https://enlacezapatista.ezln.org.mx/2023/11/14/decima-parte-acerca-de-las-piramides-y-sus-usos-y-costumbres-conclusiones-del-analisis-critico-de-marez-y-jbg-fragmento-de-la-entrevista-hecha-al-subcomandante-insurgente-mois-es-en-los-meses-de-ag/>

Enlace Zapatista. (2014). Escuelita «La libertad según lx zapatistas»- Libros. *Enlace Zapatista*.
https://radiozapatista.org/?page_id=20294

EZLN, O. I. (1993, diciembre 1). Editorial de El Despertador Mexicano. *Enlace Zapatista*.
<https://enlacezapatista.ezln.org.mx/1993/12/31/editorial-de-el-despertador-mexicano/>

Facundo Rauch, N., & Lucas Scachtel, E. (2020). Zapatismo, una identidad en constante movimiento. *Revista Electrónica de Psicología Política*, 18(44), 14-41.

Ferreira Corral, D. P. (2017, primavera-verano). Primera declaración de la Selva Lacandona: La declaración de guerra del EZLN al gobierno mexicano, 1994. *Lecturas Históricas*, 16, 225-243.

Freeman, L. (1978). *Centrality in social networks conceptual clarification* (1.^a ed., Vol. 1). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/0378-8733\(78\)90021-7](https://doi.org/10.1016/0378-8733(78)90021-7).

Freire, P. (2012). *Pedagogía de la indignación. Cartas pedagógicas en un mundo revuelto* (1.^a ed.). Grupo Editorial Siglo veintiuno.
<https://www.fceia.unr.edu.ar/geii/maestria/DoraBibliografia/UT.%204/Freire.Pedagogia%20de%20la%20indignacion.pdf>

Gobierno de México. (1997). *Progreso Programa de Educacion, Salud y Alimentation*.
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/79893/1998--.pdf>

Gobierno de México. (2016, julio 18). ¿Qué es PROSPERA Programa de Inclusión Social? *Gobierno de México*. <https://www.gob.mx/becasbenitojuarez/documentos/que-es-prospera>

González Serna, C., & Gamboa Vázquez. (2010). *Utopías y realidades en Chiapas: Reflexiones sobre la experiencia de vinculación de la UAM* [Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco]. <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/1007>

Heredia Cuevas, J. (2007). *Salud y desarrollo comunitario: Estudio de caso Marqués de Comillas, Chiapas* [Tesis que para optar por el grado de Maestro en Desarrollo Rural]. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

Heredia Cuevas, J. (2022a). Salud, nutrición y calidad de vida. En *Recorriendo veredas para colaborar en el desarrollo humano sostenible* (pp. 94-151). Universidad Autónoma Metropolitana. https://publicaciones.xoc.uam.mx/TablaContenidoLibro.php?id_libro=1013

Heredia Cuevas, J. (2022b). Salud, nutrición y calidad de vida. En *Recorriendo veredas para colaborar en el desarrollo humano sostenible* (1.^a ed., Vol. 1, pp. 94-151). Universidad Autónoma Metropolitana. https://publicaciones.xoc.uam.mx/TablaContenidoLibro.php?id_libro=1013

Heredia Cuevas, J. (2023). *Base de datos de Pasantes en Chiapas 1995-2023* (Excel No. Base de datos).

Herrera Torres, M. del C., Cruz Burguete, J. L., Robledo Hernández, G. P., & Montoya Gómez, G. (2006). La economía del grupo doméstico: Determinante de muerte materna entre mujeres indígenas de Chiapas, México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19(2), 69-78.

Híjar González, C. (2011, diciembre). Pintar Obedeciendo: Mural Comunitario Participativo. *Discurso Visual Revista Digital Cenidiap*, 18, digital.

INEGI, I. N. de E. y G. (2021). *Principales resultados por localidad (ITER)* (INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía. «Principales resultados por localidad (ITER)». Digital, En línea. <https://www.inegi.org.mx/app/scitel/Default?ev=9>, 2021. <https://www.inegi.org.mx/app/scitel/Default?ev=9>. No. ITER) [Digital]. <https://www.inegi.org.mx/app/scitel/Default?ev=9>

Jiménez Ricárdez, R. (1994). La guerra de enero. *Revista Chiapas*, 2, 1-17.

Lizbeth. (2015, mayo 6). Compañera base de apoyo Lizbeth. 6 de mayo. *Enlace Zapatista*. <https://enlacezapatista.ezln.org.mx/2015/05/06/companera-base-de-apoyo-lizbeth-6-de-mayo/>

Long, N. (2007). La Construcción de un Marco Conceptual e Interpretativo. En *Sociología del desarrollo; una perspectiva centrada en el actor* (pp. 107-148).

López Enríquez, M. E. (2011). *Los procesos de formación en salud comunitaria: La experiencia pedagógica de Salud y Desarrollo Comunitario A.C.* [Universidad Nacional Autónoma de México]. http://132.248.9.195/ptd2012/enero/0676090/0676090_A1.pdf

López, G. (2024, junio 5). *Entrevista con Gloria* [Comunicación personal].

López Sánchez, C. (2023, diciembre 19). *Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se Adiciona un Párrafo al Artículo 7 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Chiapas, para garantizar el Derecho a Interpretes y Traductores de Lenguas Indígenas en Materia de Salud*. https://www.congresochiapas.gob.mx/new/Info-Parlamentaria/iniciativas/INI_0885.pdf?v=Mw==

- Lorena. (2013). Historia del gobierno autónomo. En *Gobierno autónomo I* (Vol. 1, pp. 6-13).
- Mariscal, Á. (2024, septiembre 17). «La Lacandona es un polvorín» aseguran desplazados por el crimen organizado. *Pie de Página*. <https://piedepagina.mx/la-lacandona-es-un-polvorin-aseguran-desplazados-por-el-crimen-organizado/>
- Menéndez, E. L. (2020a). Modelo médico hegemónico: Tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16, 1-25. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Menéndez, E. L. (2020b, mayo 5). Modelo médico hegemónico: Tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16(e.2616), 1-25.
- Morales Bermúdez, J. (2018). *El Congreso Indígena de Chiapas* (1.^a ed.). UNICACH. <https://repositorio.cesmeca.mx/bitstream/handle/11595/946/L%20El%20Congreso%20Ind%20adgena%20de%20Chiapas.%20Jes%20bas%20Morales.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Morquecho, G. (2014, enero 14). El Congreso Diocesano Pastoral de la Madre Tierra [América Latina en Movimiento]. *América Latina en Movimiento*. <https://www.alainet.org/es/active/70495>
- Muñoz Lozano. (2009). *Mundos de vida entre jóvenes de una comunidad tseltal: San Jerónimo Tulijá* [Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social]. <https://cieras.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1015/1079/1/TE%20M.L.%202009%20Maria%20Del%20Pilar%20Mu%C3%B1oz%20Lozano.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2024a). *Alma-Ata*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/alma-ata>
- Organización Panamericana de la Salud. (2024b). Determinantes Sociales de la Salud. *Organización Panamericana de la Salud*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Organización Panamericana de la Salud. (2025a). *Determinantes sociales de la salud*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Organización Panamericana de la Salud. (2025b). Enfermedades transmisibles. *Organización Panamericana de la Salud*. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-transmisibles#info>
- Pan American Health Organization. (1978, septiembre 6). *Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS*. PAHO. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Pasarín, M. I., & Díez, E. (2013, diciembre). Salud comunitaria: Una actuación necesaria. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 477-478.
- Pasarín, M. I., Forcada, C., Montaner, I., De Peray, J. L., & Gofim, J. (2010, diciembre). Salud comunitaria: Una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010 Community health: Integration of primary care and public health competencies. SESPAS report 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24(1), 23-27.
- Pasarín Rua, M. I., Miller, R., & Segura Benedicto, A. (2008, marzo). Aportaciones de la atención primaria y la salud pública al desarrollo de la salud comunitaria. *Aten Primaria*, 40(3), 115-117.

Patricia. (2013). Historia del gobierno autónomo. En *Gobierno autónomo I Cuaderno de texto de primer grado del curso "Libertad según l@s Zapatistas"* (Vol. 1, p. 33).

Promotores y agentes de Salud Autónomos. (1997, febrero 20). *Declaración de Moises Gandhi y Sistematización de los aportes al primer foro encuentro de promotores y agentes de salud «La Salud en Manos del Pueblo»*.

Rivas Bocanegra, M. G. (1999). *Las Organizaciones Populares de Salud en Las Margaritas, Chiapas. Sujeto Social en Construcción* [Tesis que para optar por el grado de Maestra en Desarrollo Rural, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco].
<https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/bitstream/123456789/1138/1/77630.pdf>

Roberto. (2014). Desmantelamiento de los municipios autónomos. En *Resistencia Autonomía* (Vol. 4, p. 90).

Robledo, Z. (2024, octubre). La transformación del sistema de salud mexicano. *Salud Pública de México*, 66(5), 767-773.

SADEC. (1996, marzo). *Que Pasa en Chiapas con las políticas de salud ¿Paz o Guerra de Baja Intensidad? Documento de análisis para promotores de salud y población general*.

Sámano Rentería, M. Á., Durand Alcántara, C., & Gómez González, G. (2001). Los Acuerdos de San Andrés Larrainzar en el contexto de la Declaración de los Derechos de los Pueblos Americanos. En *Análisis Interdisciplinario de la Declaración Americana de los Derechos de los Pueblos Indígenas X Jornadas Lascasianas* (pp. 103-120). Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/1/12.pdf>

Secretaría de Salud. (2002). *2º INFORME DE LABORES* (Informe de labores No. 2; p. 370). 'Secretaría de Salud. <https://salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/2InfLabores.pdf>

Secretaría de Salud. (2015). *METODOLOGÍA INTERCULTURAL PARA LA REALIZACIÓN DE CONSULTAS INFORMADAS*. Secretaría de Salud.

Segura del Pozo, J. (2021). Salud pública, atención primaria y salud comunitaria: Tres ramas del mismo árbol. *Gaceta Sanitaria*, 35(2), 107-108.

SIPAZ. (1998a, enero). Chenalhó: Crónica de una masacre anunciada. *Informe Servicio Internacional para la Paz*, 3(1), 1,4,5,6.

SIPAZ. (1998b, enero). La violencia se extiende como epidemia en Chiapas. *Informe Servicio Internacional para la Paz*, 3(1), 3.

Subcomandante Insurgente Marcos. (1994, diciembre 13). La historia de las preguntas. *Enlace Zapatista*. <https://enlacezapatista.ezln.org.mx/1994/12/13/la-historia-de-las-preguntas/>

Subcomandante Insurgente Marcos. (1995, febrero 23). La supuesta voluntad de diálogo del señor Ernesto Zedillo Ponce de León es falsa. *Enlace Zapatista*.
<https://enlacezapatista.ezln.org.mx/1995/02/23/la-supuesta-voluntad-de-dialogo-del-senor-ernesto-zedillo-ponce-de-leon-es-falsa/>

Subcomandante Insurgente Marcos. (2001, abril 29). La reforma constitucional aprobada en el Congreso de la Unión no responde en absoluto a las demandas de los pueblos indios de México, del Congreso Nacional Indígena, del EZLN, ni de la sociedad civil que se movilizó.

Enlace Zapatista. <https://enlacezapatista.ezln.org.mx/2001/04/29/la-reforma-constitucional-aprobada-en-el-congreso-de-la-union-no-responde-en-absoluto-a-las-demandas-de-los-pueblos-indios-de-mexico-del-congreso-nacional-indigena-del-ezln-ni-de-la-sociedad-civil/>

Subcomandante Insurgente Marcos. (2003a, agosto 9). Subcomandante Marcos: Palabras por el nacimiento de las Juntas de Buen Gobierno. *Enlace Zapatista*.

<https://enlacezapatista.ezln.org.mx/2003/08/09/subcomandante-marcos-palabras-por-el-nacimiento-de-las-juntas-de-buen-gobierno/>

Subcomandante Insurgente Marcos. (2003b, noviembre 10). Subcomandante Marcos: Según nuestro calendario, la historia del EZLN, previa al inicio de la guerra, tuvo 7 etapas. *Enlace Zapatista*. <https://enlacezapatista.ezln.org.mx/2003/11/10/subcomandante-marcos-segun-nuestro-calendario-la-historia-del-ezln-previa-al-inicio-de-la-guerra-tuvo-7-etapas/>

Subcomandante Insurgente Moisés. (2015, mayo 7). Resistencia y Rebeldía II. Subcomandante Insurgente Moisés. 7 de mayo. *Enlace Zapatista*.

Subcomandante Insurgente Moisés. (2019, agosto 17). Comunicado del CCRI-CG del EZLN. Y ROMPIMOS EL CERCO. *Enlace Zapatista*.

<https://enlacezapatista.ezln.org.mx/2019/08/17/comunicado-del-ccri-cg-del-ezln-y-rompimos-el-cerco-subcomandante-insurgente-moises/>

Subcomandante Insurgente Moisés. (2020, marzo 16). POR CORONAVIRUS EL EZLN CIERRA CARACOLES Y LLAMA A NO ABANDONAR LAS LUCHAS ACTUALES. *Enlace Zapatista*. <https://enlacezapatista.ezln.org.mx/2020/03/16/por-coronavirus-el-ezln-cierra-caracoles-y-llama-a-no-abandonar-las-luchas-actuales/>

Torres Carrillo, A. (2009). 1. Educación Popular y Nuevos paradigmas. Desde la Producción del CEAAL entre 2004 y 2008. *La Piragua, Revista Latinoamericana de Educación Popular*, 1(28), 5-27.

Valcárcel, M. (2006, junio). *Génesis y evolución del concepto y enfoques sobre el desarrollo*. Pontificia Universidad Católica del Perú. <https://www.uv.mx/mie/files/2012/10/SESSION-6-Marcel-Valcarcel-Desarrollo-Sesion6.pdf>

Werner, D. (2021). Poject Piactla: Un programa de salud dirigido por los aldeanos. *HealthWrights*. <http://www.healthwrights.org/es/proyectos/piactla/>

Zamora Lomelí, C. B. (2024, julio 3). *Grupos del crimen organizado intensifican la violencia en Chiapas* [Entrevista]. <https://noticias.imer.mx/blog/grupos-del-crimen-organizado-intensifican-la-violencia-en-chiapas/>

ENTREVISTAS:

- Anónimo. (2023, febrero). *Anónimo de muerte materna* [Comunicación personal].
- Beto. (2025, mayo 16). *Entrevista Beto* [Comunicación personal].
- Díaz Lorenzo, F. (2023, mayo 15). *Entrevista con Fulgencio Lorenzo* [Comunicación personal].
- Florentino. (2024, marzo 23). *Entrevista con Florentino* [Comunicación personal].
- Gloria. (2024, marzo 23). *Entrevista con Gloria* [Comunicación personal].
- Héctor y Martha. (2024, junio 7). *Entrevista Hector* [Comunicación personal].
- Heredia Cuevas, J. (2023, mayo 13). *Entrevista a Joel Heredia Cuevas* [Comunicación personal].
- Heredia Cuevas, J. (2023, junio 28). *Entrevista a Joel Heredia Cuevas* [Comunicación personal].
- Heredia Cuevas, J. (2024, abril 28). *Entrevista joel Heredia Cuevas* [Comunicación personal].
- Heredia Cuevas, J. (2024, diciembre 15). *Entrevista Joel Heredia Cuevas* [Comunicación personal].
- Hernández Morales, S. (2023, mayo 13). *Entrevista a Saúl Hernández Morales* [Comunicación personal].
- Juan. (2025, mayo 17). *Entrevista don juan* [Comunicación personal].
- Lupe. (2025, enero 15). *Entrevista con Guadalupe* [Comunicación personal].
- Manxim. (2025, mayo 16). *Entrevista Manxim* [Comunicación personal].
- Mari. (2025, enero 15). *Entrevista con Mari* [Comunicación personal].
- Narciso. (2025, mayo 17). *Entrevista Narciso* [Comunicación personal].
- Pancha. (2025, mayo 16). *Entrevista Pancha* [Comunicación personal].
- Rodas, A. (2024, junio 6). *Entrevista Antonia* [Comunicación personal].
- Rodas, F. (2024, junio 4). *Entrevista Florentino* [Comunicación personal].