



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS**  
**COLEGIO DE PEDAGOGÍA**

*Los procesos de formación en salud comunitaria: la experiencia  
pedagógica de Salud y Desarrollo Comunitario, A. C.*

**T E S I S**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
**LICENCIADA EN PEDAGOGÍA**

PRESENTA:

**María Elizabeth López Enríquez**

DIRECTORA: DRA. PATRICIA MEDINA MELGAREJO

MÉXICO, D. F.

NOVIEMBRE 2011



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ***Dedicado a...***

...quienes ahora ya no están pero que con su esperanza hecha palabra y enseñanza, nos acompañaron en este caminar; a ellas y a ellos que han partido con la certeza del deber cumplido.

...a la *Comandanta Ramona*, quien en su existir mujer, indígena y zapatista nos mostró un horizonte de lucha. A ella con admiración.

...a Mercedes Sosa, la *Negra*, quien con su voz nos enseñó la esperanza para nuestra América. A ella con cariño, entonando:

*Salgo a caminar por la cintura cósmica del Sur,  
piso en la región más vegetal del viento y de la luz,  
siento al caminar toda la piel de América en mi piel  
y anda en mi sangre un río que libera en mi voz su caudal.*

...a Carlos Montemayor quien con la palabra escrita reflejó un pensamiento consecuente con la lucha de nuestros pueblos, a él por enseñarnos las posibilidades y los colores de la esperanza *-te smaliyel*, para nuestros hermanos tzeltales. A él con cariño.

...a Carlos Lenkersdorf quien con su experiencia aprehendida -hecha cuerpo-, nos compartió su aprendizaje al lado de sus más grandes maestros: los más pequeños, *los hombres de la palabra verdadera*, los tojolabales. A él con cariño.

...a *Jtatic Samuel -Nuestro Padre-* quien con su vida acompañó a otros en la construcción de la esperanza. A él por haber elegido un camino y no otro. A él con inmenso cariño.

...a todos y todas aquellos que me han acompañado en este caminar.

...a mi madre y a mi padre por haberme dado la vida y por posibilitar mis sueños. A mis hermanos, sobrinos/as y tíos/as quienes, como yo, poseemos un gran amor por la vida.

Pero principalmente a los más pequeños y pequeñas de este país quienes me enseñaron que podemos construir nuestro más gran sueño, *un mundo donde quepan muchos mundos*, desde el lugar y los medios que elijamos, con la única condición de luchar por la vida. ***A todas y todos ellos con inmenso cariño.***

## Gracias a...

...SADEC por haber decidido caminar juntos esta travesía, a quien espero pueda mirarse en el *tejido-bordado* construido. Gracias por *estar-siendo con Otros y con el mundo*.

... a Joel, Saúl, *Ful*, Lupita, Doña Mago, al Doc. Juan, a Pablo, Alex...y a muchos Otros y Otras que han creído y han hecho de SADEC un proyecto de vida.

...todos los promotores y promotoras de salud que me enseñaron la certeza del compromiso vivido, compromiso que se alimenta con la convicción de formar parte de una lucha que se materializa en organización y trabajo.

...a las parteras Yolanda y Magali quienes me permitieron conocer momentos de luz y de vida, gracias a ellas por vivir el parto como si fuera el suyo.

...todas aquellas mujeres que otorgaron y otorgan su vida por generar otra, muchas gracias.

...a la Dra. Patricia Medina Melgarejo por su disposición y acompañamiento.

Gracias a todas aquellas personas que con su presencia y con su ausencia han permitido que este trabajo se construya, el cual pretende ser puente y espejo donde puedan reflejarse y encontrarse todas aquellas personas quienes, hoy, construyen posibilidades de vida donde lo importante es que en todo momento seamos mejores seres humanos.

***Gracias.***

## CONTENIDO

	pág.
<b>INTRODUCCIÓN. UN HORIZONTE POSIBLE</b>	8
<b>CAPÍTULO 1. SOBRE EL TEJIDO BORDADO: PROCESOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS</b>	11
1.1 Desde la pedagogía	11
1.2 Rostro y cuerpo de la investigación: lo metodológico	17
1.2.1. Fases de investigación	21
1.2.2 Sobre la estructura del trabajo	24
<b>CAPÍTULO 2. CHIAPAS. AGENTES Y POLÍTICAS EN SALUD COMUNITARIA: OTRAS POLÍTICAS QUE TAMBIÉN SON EDUCATIVAS</b>	25
<b>Espacio de movilidad</b>	30
2.1 Aspectos socioculturales del estado	30
1.1.1 Regiones Selva Lacandona, Maya y Tulijá Tseltal Chol	41
<b>Políticas en salud desde distintos sujetos</b>	44
2.2 Políticas públicas	46
2.3 Organismos No Gubernamentales	62
2.4 Las universidades: Proyecto de Investigación Interdisciplinario Desarrollo Humano en Chiapas, UAM-X	81
2.5 Acción en salud comunitaria desde la autonomía zapatista: las Juntas de Buen Gobierno	89
<b>CAPÍTULO 3. SADEC Y SU INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA</b>	103
3.1 SADEC: El camino	104
3.2 Intervención pedagógica: dos momentos, una experiencia	114
3.2.1 Primer momento. Programa de Salud Comunitaria de Marqués de Comillas (1985-1994)	115
3.2.2 Segundo momento. SADEC y la formación de trabajadores de salud autónoma (1996- ....)	129

<b>CAPÍTULO 4. TEORÍAS IMPLÍCITAS EN EL PLANTEAMIENTO PEDAGÓGICO</b>	143
<b>El sujeto histórico. Una mirada</b>	148
<b>4.1 Freire, la Teología India y el sistema modular</b>	148
<b>4.1.1 Un encuentro con la Teología India</b>	161
<b>4.1.1.1 El acompañamiento de la Diócesis de San Cristóbal al trabajo de SADEC</b>	163
<b>4.1.2 El sistema modular y la visión social del proceso salud-enfermedad</b>	169
<b>4.1.2.1 Dispositivos pedagógicos</b>	178
<b>Encuentro con la medicina tradicional indígena</b>	186
<b>4.2 ¿Encuentro o desencuentro entre los Conocimientos Médicos? ¿Hacia un diálogo?</b>	189
<b>4.3 Género, Derecho a la salud y Autonomía</b>	199
<b>CAPÍTULO 5. ¿Y CÓMO CONCLUIR?</b>	212
<b>5.1 Sobre nuestro sujeto y objeto de estudio: la acción pedagógica en <i>la formación en salud comunitaria</i></b>	214
<b>5.2 Las políticas indigenistas en salud</b>	217
<b>5.3 Políticas indígenas en salud y educación para crear otros modos de vida</b>	219
<b>5.4 Sobre el quehacer pedagógico de SADEC</b>	222
<b>5.4.1 La interacción SADEC/UAM-X. Emergencias en procesos de formación intercultural</b>	227
<b>5.4.2 Los multiplicadores. Sustento de la autonomía zapatista</b>	230
<b>5.5 Nuestro tema de llegada: la Educación Autónoma, un campo en construcción</b>	233
<b>Fuentes consultadas</b>	237
Libros	237
Publicaciones periódicas	241
Tesis	243
Video	244
Audio	244
Páginas electrónicas y textos en línea	244
<b>Anexos</b>	

## GLOSARIO

<b>ARIC U de U</b>	Asociación Rural de Interés Colectivo Unión de Uniones
<b>BM</b>	Banco Mundial
<b>CAS</b>	Centros de Atención Social
<b>CBS</b>	Ciencias Biológicas y de la Salud
<b>CCRI-CG-EZLN</b>	Comité Clandestino Revolucionario Indígena Comandancia General del Ejército Zapatista de Liberación Nacional
<b>CDHFPLN</b>	Comité de Derechos Humanos “Fray Pedro Lorenzo de la Nada”
<b>CDI</b>	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
<b>CAS</b>	Centro de Atención Social
<b>CEB</b>	Comunidades Eclesiales de Base
<b>CEIS</b>	Centro de Educación e Información en Salud
<b>CEMITECH</b>	Consejo Estatal de Médicos Indígenas Tradicionales del Estado de Chiapas
<b>CENAMI</b>	Centro Nacional de Misiones Indígenas, A. C.
<b>CIDECI-Las Casas</b>	Centro Indígena de Capacitación Integral “Ya j-yantestik te balmilal, ja’nax mayuc meta tsakel stalel ya’tel ajualiletik”: Fray Bartolomé de Las Casas, A. C.
<b>CNC</b>	Confederación Nacional Campesina
<b>CONAI</b>	Comisión Nacional de Intermediación
<b>CONAPO</b>	Consejo Nacional de Población
<b>CONPAZ</b>	Coordinación de Organismos No Gubernamentales por la Paz
<b>COPLAMAR</b>	Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados
<b>CTM</b>	Conocimiento Médico Tradicional
<b>CDESC</b>	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
<b>EAPSEC</b>	Equipo de Apoyo en Salud y Educación Comunitaria
<b>EZ</b>	Enlace Zapatista
<b>EZLN</b>	Ejército Zapatista de Liberación Nacional
<b>Frayba</b>	Centro de Derechos Humanos Fray Bartolomé de Las Casas
<b>GE</b>	Global Exchange
<b>JBG</b>	Juntas de Buen Gobierno
<b>IMSS</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>INALI</b>	Instituto Nacional de Lenguas Indígenas
<b>INI</b>	Instituto Nacional Indigenista
<b>INEGI</b>	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
<b>INMUJERES</b>	Instituto Nacional de las Mujeres
<b>IPN</b>	Instituto Politécnico Nacional
<b>INSP</b>	Instituto Nacional de Salud Pública
<b>LGS</b>	Ley General de Salud

<b>MAREZ</b>	Municipios Autónomos Rebeldes Zapatistas
<b>MDM</b>	Médicos del Mundo España
<b>MPSS</b>	Médicos Pasantes en Servicio Social
<b>ODETIT</b>	Organización de Terapeutas Indígenas Tzeltales
<b>ODM</b>	Objetivos de Desarrollo del Milenio
<b>OIT</b>	Organización Internacional del Trabajo
<b>OMIECH</b>	Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas A. C
<b>OMPTACH</b>	Organización de Médicos y Parteras Tradicionales de los Altos de Chiapas
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG</b>	Organismos No Gubernamentales
<b>ONU</b>	Organización de las Naciones Unidas
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>OSC</b>	Organizaciones de la Sociedad Civil
<b>OSIACH</b>	Organización de la Salud Indígena de los Altos de Chiapas
<b>PAC</b>	Programa de Ampliación de Cobertura
<b>PIDESC</b>	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
<b>PIIDHCH</b>	Proyecto de Investigación Interdisciplinario Desarrollo Humano en Chiapas
<b>PSCMC</b>	Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas
<b>PRODUSSEP</b>	Promoción de Servicios de Salud y Educación Popular
<b>PROGRESA</b>	Programa de Educación, Salud y Alimentación
<b>PRONASOL</b>	Programa Nacional de Solidaridad
<b>SADEC</b>	Salud y Desarrollo Comunitario, A. C.
<b>SEDESOL</b>	Secretaría de Desarrollo Social
<b>SSa</b>	Secretaría de Salud
<b>SSAZ</b>	Sistema de Salud Autónomo Zapatista
<b>SIIDAE</b>	
<b>“Abya Yala”</b>	Sistema Indígena-Intercultural de Aprendizajes y Estudios: Abya Yala “scotol ansetik-viniketik ja’ utik jchanub’ tasbanejutik, xchu’ uc jsa’ banejutik ta sventa xchambenal”
<b>SIPAZ</b>	Servicio Internacional para la Paz
<b>SISCONUS</b>	Sistema de Salud Comunitaria ‘Nuestro Salvador’
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>TBP</b>	Tuberculosis Bronqueo Pulmonar
<b>UACH</b>	Universidad Autónoma de Chapingo
<b>UAM-X</b>	Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco
<b>UNAM</b>	Universidad Nacional Autónoma de México



# Introducción

## Un horizonte posible

---

Con el trabajo que aquí se presenta se desea compartir una experiencia pedagógica hecha proyecto de vida, la cual se camina en espacios autónomos y es, para quien la vive, un horizonte posible de lucha y esperanza donde lo más importante es la vida misma.

Para accionar ese compartir fue necesario recurrir a un mecanismo que le dio sentido y estimuló su representación simbólica. Dicho mecanismo fue la metáfora del “tejido-bordado”, la cual permitió situar sujetos, espacios, tiempos y prácticas sociales implicadas en la investigación como base-fondo de una complejidad de relaciones y construcciones sociales y políticas (hilos, colores y tonalidades distintas) que dan cuerpo al bordado que tomó materialidad al final del proceso de investigación. Metáfora que contribuyó a la configuración de lo que ahora se presenta como trabajo de titulación.

Un tejido-bordado (investigación) que, a su vez, pretendió ser espejo para nuestro sujeto de investigación y para otros sujetos sociales y políticos que construyen horizontes posibles de vida.

En el primer capítulo: *Sobre el tejido-bordado: procesos teórico-metodológicos*, damos cuenta de las razones que nos llevaron a situar nuestro tema de investigación en el campo pedagógico, además en él se explica el proceso de indagación construido en la acción y reflexión investigadora.

El segundo capítulo titulado *Chiapas. Agentes y políticas públicas en salud comunitaria: otras políticas que también son educativas* se muestra el *con-texto* como tejido-base que permite acercarnos al tema y sujeto de investigación, donde se habla tanto del espacio geopolítico de movilidad como de los diferentes sujetos sociales que intervienen en el campo de la salud comunitaria y la educación en salud; otorgando a cada sujeto su lugar, por ello, este capítulo se divide en dos subtemas que son necesarios para comprender el camino y la configuración de un proceso de formación en el área de salud comunitaria.

En el capítulo 3 titulado *SADEC y su intervención pedagógica*, se muestra el camino que configura a la asociación y la intervención educativa que realiza, enfocado principalmente hacia el campo de la educación en salud. Ello con el propósito de *ad-mirar* el proceso, los momentos y acercarnos a los elementos que dan cuenta de ese *quehacer pedagógico* y, para con éstos, aproximarnos a los planteamientos teórico-metodológicos que, a su vez, son sustancia del capítulo subsecuente: *Teorías implícitas en el planteamiento pedagógico*; capítulo 4, donde se pretendió hacer explícito lo que en la experiencia se vive, nombrando lo que consideramos sustenta la práctica educativa de la asociación. Apartado que, en primer momento, necesitó de un elemento común y articulador que cruzara los planteamientos educativos y diera sustento al quehacer pedagógico de la asociación, dicho elemento fue *el sujeto histórico*, lo que permitió acercarnos a la pedagogía de Freire y a la Teología India, planteamientos que posibilitaron nuestro rumbo.

De igual manera, en este capítulo se aborda un tema educativo contemporáneo, el *sistema modular*, que cruza el *quehacer pedagógico* de SADEC y se relaciona con propuestas educativas como la pedagogía de Freire. Apartado que nos permite también detenernos en un asunto importante del proceso de formación que se quiere comprender, y que nos brinda un encuentro con la medicina tradicional indígena: la relación de los conocimientos médicos implicados; al preguntarnos cómo se da dicho encuentro o desencuentro nos condujo a la decisión de dedicar un sub-apartado para explicarlo; lo mismo que para los elementos que fueron colocándose como parte del proceder ético de la asociación y que son parte de los contenidos de enseñanza en la formación de multiplicadores/as de salud, estos elementos son: *Género, Derecho a la salud y Autonomía*.

El último capítulo titulado *¿Y cómo concluir?*, que se configura como la forma y volumen del bordado, pretende mostrar -desde nuestra exterioridad- las consideraciones que a lo largo de esta investigación fueron presentándose en torno nuestros temas y sujeto de estudio. Reflexiones que son punto de partida y no final de un caminar que nos exige compromiso de vida. Capítulo que nos abre espacio y tiempo para permitirnos un respiro y hablar sobre nuestras consideraciones en cinco momentos:

- ② Uno, dedicado al objeto y sujeto de estudio en torno el proceso de formación en salud comunitaria.
- ② Dos, sobre las políticas indigenistas e indígenas que configuran el proceder de SADEC.
- ② Tres, sobre nuestras consideraciones en torno al quehacer pedagógico de la asociación y su relación con la UAM-X.
- ② Cuarto momento, la formación de multiplicadores/as de salud.
- ② Y como último momento (el quinto) se abre espacio para hablar sobre nuestro tema de llegada: la *Educación Autónoma* considerada como un campo en construcción, donde el aprendizaje y la enseñanza son constantes en la construcción autonómica de los pueblos zapatistas. Momento que es resultado del camino andado a través de nuestro tema de partida y que nos permite, a partir de las voces y acciones de los involucrados, hablar de procesos de formación donde se otorga importancia a la educación en salud como elemento importante que permite permanecer y re-crear el proceso autonómico que se está viviendo en zonas zapatistas de Chiapas.

Una vez colocada la estructura que guía el presente trabajo esperamos que lo aquí expuesto pueda servir a Otros para acercarse a dos temas educativos actuales: *la formación en salud comunitaria* y *la Educación Autónoma*, donde las comunidades y pueblos campesinos e indígenas son sujetos de su propia historia. Sin pretender que este trabajo sea el más acertado, se desea que pueda ser motivo de reflexión para quienes hacen de la pedagogía su proyecto de vida.

Sin más, invitamos al lector(a) que se implique en este viaje.

# Capítulo 1

## Sobre el tejido-bordado: procesos teórico-metodológicos

---

*‘estar en el mundo significa existir en formación en el sentido de proyectarse en horizontes posibles que se tiendan hacia el futuro, como posibilidades que sintetizan el porvenir, el presente y el pasado’<sup>1</sup>.*

Horizontes que se construyen como posibilidad en el estar con Otros y con el mundo, donde la educación se configura como un puente que permite ese existir; siendo la pedagogía su condición necesaria, pues, sin ésta y sin educación no existirían *sujetos en formación*. En este capítulo se quiere mostrar por qué se apela a la pedagogía para explicar, comprender y, con ello, reconocer la experiencia educativa en salud que vive SADEC y que se ha ido configurado como construcción metodológica en educación. También damos cuenta del camino andado en nuestra acción investigadora.

### 1.1 Desde la pedagogía

La pedagogía es la disciplina que se preocupa y ocupa del hecho educativo en su praxis teórico-metodológica a través de una relación dialógica; donde lo importante son los procesos y los sujetos formándose. Esa importancia es lo que vitaliza a nuestro objeto de estudio y, por tanto, a la disciplina que lo acompaña, por ello, cobra importancia el concepto de *formación*.

En la última década este término ha sido confundido, en el espacio magisterial, como ‘formación inicial’, ‘capacitación’, ‘nivelación’, ‘superación’ y ‘actualización’ (Ducoing, 2007), términos que enmarcan sujetos, espacios y tiempos de intervención.

Ducoing (2007) menciona que se entiende a la “formación inicial” como aquella que es base para la docencia, en la cual se forma a maestros en educación básica. Siendo la “nivelación” aquella formación que se ofrece a los maestros(as) en servicio que carecen de licenciatura -o se han preparado en otras disciplinas y ciencias que no tienen que ver con la educación y la enseñanza- y que, por tanto, requieren de algún curso como espacio previo

---

<sup>1</sup> Honoré, citado en Ducoing (2005), pág. 9.

para su certificación o como requisito para una intervención educativa. Con respecto al término “superación” éste tiene que ver con los estudios de posgrado; mientras que la “actualización” responde a la necesidad –del Estado mexicano- de garantizar que los profesores conozcan y manejen las nuevas orientaciones del currículum de enseñanza básica.

Por otro lado, lo que corresponde a la formación entendida como capacitación, la cual es dirigida a personas que se dedican a la docencia y que no cuentan con la formación inicial que los acredite como maestros y se ubica, principalmente, en espacios rurales-comunitarios y de difícil acceso. Término al que, más allá de su acepción en el campo magisterial, Beillerot (1998) lo ubica hacia espacios de educación de adultos, de educación “no formal” y del campo laboral –ubicando la capacitación en la formación práctica-.

Asunto que nos preocupa y ocupa, pues, considerando que esas confusiones forman parte de nuestro discurso e intervención pedagógica y, considerando nuestro espacio de movilidad (contextos indígenas/autónomos) y nuestro tema de estudio (formación en salud comunitaria), pareciera a simple vista que nos ubicaremos precisamente en el campo de la capacitación, en este caso en salud. Sin embargo, en el transcurso de este escrito rompemos con la reducción que se hace sobre la formación al equipararla como capacitación, colocando a ésta última como *un elemento necesario* mas no núcleo único del trabajo en educación en salud en contextos comunitarios e indígenas; ya que es un aspecto que no puede englobar los procesos de formación en salud en los espacios donde se construye un proceso autonómico. Aunque, como veremos, éste sea un término usado en el propio discurso zapatista sobre los pasos de la autonomía pero que ha sido apropiado y aprehendido de manera distinta, donde la enseñanza técnica (el *saber hacer*) se ubica en marco de la vida autonómica donde el existir político, social, cultural y económico le da razón de uso como un elemento importante en la formación de promotores autónomos. Es decir, es un término usado con un contenido y propósito diferente que lo coloca más allá del *saber hacer* y que lo implica en procesos y decisiones ético-políticas.

Acercarnos a procesos de formación en salud autónoma permitirá guiar a nuestros lectores hacia el conocimiento y re-conocimiento de ese proceso formativo que implica la

existencia misma de quienes son parte de él, centrándonos principalmente en las situaciones de formación, pues, las experiencias formativas en las condiciones cotidianas de vida escaparon a nuestra acción investigadora.

Las confusiones por las que pasa el término *formación* lo despoja de su complejidad, de su correspondencia con la existencia misma del sujeto, es decir, lo despoja de la comunicación que mantiene con la vida entera (Honoré, 1980; Ducoing, 2007).

Beillerot (1998) explica que el término *formación*, en su uso social, posee tres sentidos: 1) como *formación práctica*, formación de obreros y formación profesional – educación de adultos enfocada a la capacitación laboral, es decir, en el *saber hacer*–; 2) como *formación del espíritu*, unido a lo teológico-religioso y 3) como *formación de una vida*, en el sentido experiencial; asunto que confluye con lo que Honoré (1980) nos propone en sus fundamentos *Para una teoría de la formación* y que Ducoing (2007) retoma considerando también al ser humano como el único que posee la posibilidad de decidir y optar sobre sí mismo (Honoré, 1992), es decir, que posee la opción y decisión de *formar-se*.

En el presente trabajo consideramos a la *formación* como sustancia vital de la educación con la cual se elige y construye un horizonte posible en la existencia de hombres y mujeres y que, por tanto, no puede escapar al estudio de la pedagogía, ya que son las situaciones de formación las que configuran los procesos educativos.

El concepto que usamos con respecto a ese término rebasa las percepciones que lo equiparan con la capacitación. El tener como propósito de investigación reconocer en una experiencia pedagógica en salud la complejidad de situaciones, espacios, sujetos y metodologías de formación que se materializan en la construcción de horizontes posibles de vida; permite romper con la mirada con que se ha visto a la educación que se dirige hacia pueblos indígenas y campesinos, principalmente, la que se considera en ámbitos “no formales”.

Este interés por tener claro las categorías formación y capacitación, así como la relación que mantienen con la educación y, por ende, con la pedagogía, nos llevó a ciertos límites sobre la fundamentación teórica de lo que se entiende por formación, ya que, lo que

se ha escrito y construido sobre dicho concepto se ubica hacia finales de los años 80's y la década de los 90's, dejándose –en esta última década- de alimentar la producción y debate pedagógico<sup>2</sup>.

Nuestro tema y objeto de estudio: *los procesos de formación en salud comunitaria*, nos exige una necesaria distinción entre dichos conceptos, pues, “pareciera” que tratar temas educativos en contextos comunitarios e indígenas tendrían que sustentarse desde el enfoque de la capacitación (colocado en términos del *saber hacer*), que desde luego ha sido la noción con que se han instrumentado políticas en salud y educación en nuestro país dirigidas hacia pueblos indígenas y campesinos, y que, sin embargo, son acepciones que se interrelacionan pero que no pueden ser equiparadas.

Colocar a la formación de personal en salud como capacitación cobró sentido para las políticas indigenistas en salud, políticas que configuran procesos, prácticas y sujetos para instrumentar sus programas sociales. Sujetos a quienes no se les consulta el rumbo de esa formación –de su existir- sino que son considerados como almacén donde se acumulan saberes (los técnicos).

Romper con ello es lo que nos corresponde, pues, a la población categorizada como marginada, pobre, rural, campesina o indígena pareciera que le “pertenece” una formación práctica, donde lo importante es el *saber hacer técnico*: saber vacunar, saber utilizar tecnología de la práctica médica institucional, saber leer, escribir y resolver operaciones matemáticas básicas –un *saber hacer* que también hoy envuelve las “propuestas” de formación del Estado mexicano con respecto a la educación en salud, a la educación básica y a la educación media superior en nuestro país-.

El *saber hacer* es cuestionable cuando se convierte en centro de situaciones de formación. Al respecto Villoro (2002: 217) menciona:

---

<sup>2</sup> A finales de los años 80's Honoré nos brinda la posibilidad de fundamentar una *Teoría de la Formación*, y en la década de los 90's esta pretensión se retomó e incluso se desarrollaron bases teórico-filosóficas en torno al ámbito de la formación. Como resultado de ello, se abrieron especialidades académicas como la *Formación de Formadores* en la Universidad de Buenos Aires, Argentina (Véase Beillerot, 1998) y, en nuestro país, dicha especialidad se imparte en el Centro de Cooperación Regional para la Educación de los Adultos en América Latina y el Caribe (CREFAL).

[El] saber hacer no se refiere a alguna actividad por la que el sujeto alcance la realidad y se determine por ella; designa [...] un conjunto de habilidades para ejecutar ciertas acciones coordinadas; aunque éstas puedan ser señal que nos permita reconocer conocimientos en una persona, [pero] ellas mismas no son conocimiento.

Y ¿qué es lo que importa a la educación, el saber hacer o que los sujetos en formación comprendan su realidad histórico-política y social y que, con ello, tengan la posibilidad y la opción de construir el rumbo de su historia colectiva? Es cierto que la formación práctica es parte de un proceso de formación, sin embargo, dicho proceso no puede reducirse sólo a la enseñanza y al aprendizaje técnico (al mecanismo procedimental).

Para Freire (2007 [1969]) la capacitación técnica debería corresponder al acercamiento y aprehensión de procedimientos en una acción y reflexión de sus implicaciones de uso y creación. Asunto importante para comprender, así, el término capacitación en su dimensión social y política. Colocando el concepto más allá de la técnica en sí, del entrenamiento, guiándolo hacia la búsqueda del conocimiento, de la apropiación de procedimientos vinculados con su sustento teórico y su determinación política.

La capacitación, dice Freire, para que sea verdadera, sólo puede realizarse en la praxis. En la acción y en la reflexión. En la comprensión crítica de sus implicaciones de la propia técnica (Freire, 2007 [1969]: 103). Implicaciones que se traducen en el por qué y el para qué con respecto a las razones del proyecto de vida elegido; por ello, en este trabajo se considera a la capacitación dentro de un proceso mucho más amplio y complejo (el de la formación), el cual *se vive* a partir de la decisión y opción de vida de los sujetos, de su existir en su dimensión social, ética y política.

Para Honoré (1980) el proceso de formación conduce al hombre –y a la mujer- a tomar en consideración activa problemas de finalidad y al descubrimiento de la posibilidad de elección y construcción de su proyecto de vida, que sin lugar a dudas, le implica una posición política e histórica donde pone en juego los conocimientos construidos<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Cabe mencionar que en la presente investigación, situada en un espacio de movilidad que nos brinda SADEC como sujeto y actor, nos posibilita mostrar la construcción autonómica que se realiza en zonas zapatistas, donde la formación de personal de salud se diferencia de la capacitación entendida como mecanismo procedimental, pues, el trabajo que se lleva a cabo en educación en salud alimenta un proceso



De ahí que corresponda al ámbito de la formación una dimensión política, social, cultural, histórica e incluso epistemológica, pues, el ser humano en su relación social (dialógica para Freire), con los Otros –y con el mundo- interioriza el saber exterior para superarlo y exteriorizarlo de nuevo, bajo una nueva forma, enriquecido, con significado en una nueva actividad (Honoré, 1980), un *saber de-construido* que es resultado de construcciones conceptuales fruto de la reflexión como necesidad de comprender su realidad y crear horizontes posibles.

Esta conceptualización sobre formación y su diferenciación con la capacitación es lo que nos interesa, pues, el presente trabajo tiene el propósito de ser una inflexión en las discusiones pedagógicas con respecto a la categorización que rodea hoy en día al objeto de estudio de nuestra disciplina: la educación, provocando con ello un quiebre en el auge que tienen en la actualidad las competencias, las cuales, precisamente, tienen como parte de su fundamentación el *saber hacer*.

Nuestro tema de investigación: *los procesos de formación en salud comunitaria* nos proporciona elementos que, a lo largo del trabajo irán emergiendo, a saber: la formación como un proceso amplio y complejo (como el *existir en formación* de Honoré) con el que se construyen horizontes posibles, con base en una posición política y un proceder ético. La configuración de *sujetos pedagógicos*<sup>4</sup> quienes se implican en todo momento en acciones educativas, las cuales pasan a ser parte de su *estar-siendo con Otros y con el mundo*. Sujetos pedagógicos que, más allá del ser docente, al no percibirse como tal, se implican en todo momento en actos y procesos educativos que rompen con espacios y tiempos específicos, como los escolares, y constituyen otros de acuerdo a su vida comunitaria. Sujeto pedagógico que tiene la convicción y el cargo de formar a Otros quienes, a su vez, serán formadores de otros sujetos.

---

autonómico, un proyecto de vida (el de la lucha zapatista) siendo ejemplo, con ello, de otras luchas en el mundo. Quienes se forman en salud autónoma están alimentando una opción de vida, su opción política – su existir- cuya praxis materializa el horizonte posible donde ellos y ellas eligen el rumbo de su propia historia como sujetos/pueblo.

<sup>4</sup> Para Puiggrós (1990) el sujeto pedagógico es el docente formado en instituciones escolares cuyo trabajo se enmarca en las propias instituciones escolares. Para nosotros el sujeto pedagógico no especifica espacios y tiempos sino que en todo momento se implica en acciones educativas siempre con el ideario de estar formando a otros sujetos.

Tema de investigación que nos implica en la emergencia de reconocer también sustentos teórico-metodológicos que, de su carácter implícito en la experiencia de formación en salud, se muestran de manera externa como planteamientos pedagógicos que han sido importantes para nuestra América como son: la *pedagogía de Paulo Freire*, la *Teología India* y el *sistema modular*.

Esto es lo que pretendemos dar a conocer y, con ello, re-conocer una experiencia educativa de construcción metodológica (didáctica), donde cobran importancia los procesos de formación, las prácticas sociales y los sujetos que se configuran. Por ello es que apelamos a la pedagogía para dar cuenta de dichos procesos donde se involucran elecciones y proyectos de vida. Procesos de formación donde es importante reconocer el camino andado como experiencia, memoria y reflexión colectiva. Un camino en el existir lo cual permite involucrarnos en un horizonte posible donde lo importante es la configuración de sujetos y prácticas sociales en ese estar en y con el mundo en formación.

Con esto abrimos camino para provocar en los lectores(as) el interés por comprender y reconocer una de las experiencias educativas en educación en salud que se lleva a cabo en nuestro país. Pero antes de entrar de lleno a ello se hace necesario explicar cómo se fue construyendo esta investigación, la metodología y las herramientas de indagación utilizadas, por ello, se hace preciso trasladarnos hacia el camino que se construyó en torno al proceso de investigación.

## **1.2 Rostro y cuerpo de la investigación: lo metodológico**

En esta travesía del tejer y bordar nos involucramos con una experiencia en educación en salud (en la formación de personal de salud) que se fue configurando como construcción metodológica (didáctica), la cual se ha llevado a cabo en contextos comunitarios e indígenas en nuestro país<sup>5</sup>, principalmente en la formación de promotores/as de salud, parteras y educadores/as en salud –llamados también como multiplicadores/as o

---

<sup>5</sup> Algunas de ellas vividas en comunidades de Veracruz, Hidalgo, Oaxaca, Tlaxcala, Sinaloa y Chiapas, donde organizaciones no gubernamentales y grupos colectivos independientes desarrollaron trabajos en salud comunitaria combinando aspectos como salud, educación y participación comunitaria.

capacitadores/as en salud-. Centrándonos en una sola de ellas, la cual se vive en zonas autónomas zapatistas del estado de Chiapas.

Asunto e interés que permitió ubicar nuestro tema y sujeto de investigación, por tema y objeto de investigación: *los procesos de formación en salud comunitaria*; y como sujeto de investigación: Salud y Desarrollo Comunitario, A. C. (SADEC); organización que otorga rostro, cuerpo, contexto, espacio y tiempo al presente trabajo y posibilita un camino y un nombre: *Los procesos de formación en salud comunitaria: la experiencia pedagógica de Salud y Desarrollo Comunitario, A. C.*, asociación que decidió mostrar a Otros y a sí misma su experiencia educativa.

SADEC es una asociación civil que camina conjuntamente con organizaciones indígenas y campesinas que buscan construir otras formas de vida. Asociación que, durante esta travesía, llegó a mostrarnos su *estar-siendo* como *sujeto colectivo* que teje puentes de encuentro social, político, humanístico y epistemológico y que posibilita la formación de *sujetos pedagógicos*.

Es con esta asociación con quien decidimos caminar y construir un puente para acercarnos a otros sujetos y espacios donde se ejerce un sueño, la construcción de la *Autonomía Zapatista*. Puente que permite admirar otro proceso: la *Educación Autónoma*, tema que estuvo presente en todo momento y se convirtió en nuestro tema de llegada, el cual pudo concretarse por el vínculo estrecho con nuestro tema de partida: *los procesos de formación en salud comunitaria*. SADEC nos brindó esa posibilidad.

SADEC, como una Organización No Gubernamental (ONG), se dedica -entre otras cosas- a la formación de personal en salud comunitaria y autónoma (promotores/as de salud, parteras y multiplicadores) en colaboración con comunidades y organizaciones que construyen alternativas de atención en salud donde es sustancial la dirección y el control de los pueblos sobre todo lo construido, labor que se sustenta con 26 años de experiencia en educación en salud; donde ha sido importante la colaboración de una de las universidades de nuestro país: la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco (UAM-X), quien, a través de pasantes en servicio social ha acompañado el andar de SADEC. Por estas razones, y por las propias de quien investiga, es que se decide trabajar conjuntamente con

esta asociación, por la seriedad, honestidad y compromiso al que responde. Con todas estas implicaciones la presente investigación adquirió forma y cuerpo<sup>6</sup>; siendo importante el proceso que se generó y el acercamiento que hubo con nuestros temas de estudio vía nuestro sujeto de investigación.

Tema de partida y sujeto de investigación que nos sitúan en una problemática compleja que atraviesa cinco campos, en un espacio geopolítico e histórico que los enmarca -los pueblos y comunidades autónomas del estado de Chiapas-, dichos campos son:

- 1) La intervención del Estado mexicano en salud comunitaria a través de sus políticas públicas -políticas que también son educativas-.
- 2) El trabajo realizado por ONG's en educación en salud y salud comunitaria, las cuales son reflejo, de cierta manera, de las políticas implementadas hacia los pueblos indígenas y campesinos.
- 3) La participación de la UAM-X en esos mismos campos.
- 4) Así como lo construido desde la opción de vida de los propios pueblos indígenas y que, nos involucra en espacios donde se construye un proceso de autonomía: la Autonomía Zapatista, en la que cobra importancia la educación autónoma (educación en salud) y la participación comunitaria.
- 5) El último campo que cruza nuestro tema y sujeto de investigación es precisamente el campo de la educación popular, que necesariamente también transita por el ámbito de la educación en salud, la salud comunitaria -y salud autónoma- y por el reconocimiento de las comunidades como sujetos histórico-políticos, quienes optan y deciden el rumbo de su propia historia.

Esta complejidad es la que enmarca (otorga espacios y tiempos) para abordar el tema de investigación y ha sido resultado de la propia experiencia pedagógica que vive y re-construye nuestro sujeto de investigación: SADEC. Espacio de intersección donde se sitúa la asociación en el cual nos invitó a indagar cómo se han dado las relaciones

---

<sup>6</sup> Investigación que viví como una apasionante y larga travesía donde los aprendizajes fueron constantes y, en ocasiones, dolorosos y esperanzadores, pues, al percibir, ya no en conjeturas sino en realidades concretas, lo que condiciona y cruza el tema de estudio me involucró en el deseo de búsqueda para comprender lo que se hacía presente; un deseo de conocer que alimentó el proceso de indagación.

pedagógicas en esa complejidad, qué ha condicionado los procesos formativos, qué sujetos se configuran, cómo se han dado los pasos, cuál ha sido el ritmo, los avances y retrocesos, cuáles han sido las huellas que han marcado el *camino*; es decir, lo que importa es mirar, acercarse, comprender y re-conocer una experiencia pedagógica en salud hecha proyecto de vida, con la cual se construye un horizonte posible: *la Autonomía de nuestros pueblos indígenas*, en la que necesariamente SADEC está implicado.

Por ello lo que importa es el camino que, como dice Ardoino (2005: 32), al recordar las palabras de Antonio Machado sobre el ‘camino y caminante’, el camino “*se va haciendo, y que está haciéndose y es el caminante quien lo hace*”. De ahí la importancia de mirar el andar como experiencia y memoria, donde cobra importancia la construcción teórico-metodológica que se configura a través del cuerpo y que se vive implícitamente en la relación social, en la emergencia de *estar con Otros en colaboración*, cuyo resultado se vive en la claridad de sentirse parte de lo que se construye: procesos de *autoatención, autogestión y autonomía en salud*.

La construcción teórico-metodológica que sustenta la praxis pedagógica de SADEC forma parte de lo que se quiso indagar, preguntándonos principalmente por los referentes teóricos que la sustentan, asunto que llevó a recordar espacios, vivir nuevamente momentos y emociones de cada entrevista y de cada día de observación, pues, fue a través de éstas como pudo hacerse explícito lo que se vive cotidianamente como el proceder pedagógico de la asociación.

A su vez, se quiso indagar sobre el encuentro o desencuentro entre los conocimientos médicos implicados en el proceso de formación, cómo se da y qué tipo de relaciones se establecen.

Esas preguntas son las que nos movieron en espacio y tiempo y las que abrieron mayores posibilidades para plantearnos una pregunta formal: ***¿Cómo ha construido Salud y Desarrollo Comunitario., A. C., su práctica y proyecto pedagógico en la formación de personal de salud en zonas autónomas zapatistas?***

Pregunta de investigación que se materializó en el planteamiento de los objetivos generales de investigación, a saber: 1) *reconocer la experiencia pedagógica de SADEC, A. C., en la formación de personal en salud en zonas autónomas zapatistas*; y 2) *analizar su proyecto pedagógico, desde el planteamiento teórico-metodológico, los espacios de formación y las relaciones pedagógicas*.

Lo que nos llevó a formular otros objetivos que abrieron brecha a lo que hoy se materializa. Estos son nuestros objetivos particulares: 1) *conocer el estado socio-cultural, educativo y de salud de las regiones Selva Lacandona, Maya y Tulijá Tzeltal Chol del estado de Chiapas, desde las estadísticas e investigaciones institucionales*; 2) *comprender la historicidad de SADEC, A. C., su camino y experiencia pedagógica*; 3) *acercarnos a sus planteamientos teórico-metodológicos a través de su quehacer pedagógico*; y 4) *reconocer las relaciones de encuentro entre los conocimientos médicos involucrados en los procesos de formación en salud comunitaria, desde las concepciones y relaciones vivenciales de los actores educativos involucrados en el proyecto pedagógico de SADEC*.

Objetivos que, a su vez requirieron de fases de investigación desde una perspectiva teórico-metodológica.

### **1.2.1. Fases de investigación**

Zambullirse en el proceso de indagación requirió dejarse implicar por sujetos, prácticas, espacios, tiempos, conocimientos y distintas disciplinas que, junto con la pedagogía, fueron necesarias para abrir camino, ya que éstas se anudan en la complejidad de nuestro campo de estudio.

El querer dar cuenta de los objetivos/propósitos de la investigación, nos condujo por caminos de ida y vuelta a través de la construcción teórico-metodológica, elaborando etapas/fases de investigación que marcaron un calendario de acción, un esbozo de ellas son las siguientes:

1. Identificar y analizar la literatura que permita acercarnos al tema: formación en salud comunitaria, desde las políticas públicas en salud y las Organizaciones No Gubernamentales.
2. Localizar información sobre el estado socio-cultural, educativo y de salud del estado de Chiapas y de tres de sus regiones: la región XII Selva Lacandona, la región XIII Maya y la región XIV Tulijá-Tzeltal-Chol (que antes de mayo del 2011 éstas conformaban lo que se conocía como región VI Selva Lacandona).
3. Conocer, mediante la revisión de tesis e informes de servicio social de médicos, estomatólogos y enfermeras de la UAM-X, referentes sobre los orígenes, camino y proyecto pedagógico de SADEC, A.C., en el estado de Chiapas, así como por la consulta de la página electrónica de dicha asociación.
4. Reconstruir, a través de entrevistas, la historicidad y proyecto pedagógico de SADEC desde la vivencia de sus integrantes.
5. Revisar la literatura empleada por SADEC, como sustento teórico-metodológico y herramientas pedagógicas, en la formación de promotores/as de salud, parteras y multiplicadores y hacer el análisis de su carácter pedagógico.
6. Reconocer, mediante entrevistas, las relaciones de encuentro, diálogo y/o monólogo entre los conocimientos médicos institucionales y los conocimientos médicos tradicionales desde las concepciones y vivencias de los actores educativos involucrados, durante su formación en salud comunitaria.

Fases que se cruzaron en el trabajo de investigación, combinándose la parte documental con el trabajo de campo.

En la etapa de búsqueda, donde los intereses personales y la factibilidad del proyecto de investigación condicionaron toda reflexión y acción futura, se realizaron intervenciones exploratorias para materializar modos, espacios y tiempos de investigación, lo que permitió abrir rutas de indagación sobre el tema de estudio. Durante esa etapa realizamos entrevistas y observaciones que permitieron la búsqueda documental con lo que se fueron perfilando nuevas líneas de indagación y de acción, con lo que hoy se da estructura al presente escrito y que, por tanto, nos condujo a establecer el tipo de investigación a realizar: *investigación etnográfica*, con la cual se quiso dar cuenta de

procesos históricos y pedagógicos, de cómo se fueron construyendo para, con ello, comprender la experiencia que la asociación civil *re-crea* en su *estar-siendo* en espacios autónomos.

Ello nos llevó a realizar entrevistas y observaciones con mayor intencionalidad, focalizándolas y estructurándolas en temas y categorías de indagación que orientaron el camino. Herramientas de investigación que estuvieron condicionadas por la presencia de quien investiga, por lo cual, en el caso de la observación fue necesario considerar a ésta como *observación participante*, ya que, por el hecho de estar ahí, en relación con Otros, fueron interpelados sujetos, espacios y tiempos (Véase Bertely, 2000); es decir, que con nuestra presencia se condicionaron actitudes, conductas, emociones y discursos de los sujetos implicados en los espacios y tiempos vividos, es por ello que no podemos permanecer fuera o al margen de lo que acontece en el espacio de observación, asunto contrario a lo que se considera como aspecto de rigor científico: permanecer fuera del trabajo de investigación lo que permite objetividad a lo investigado.

La observación participante y las entrevistas –exploratorias, focalizadas y estructuradas- pasaron a formar parte de nuestras herramientas de investigación, donde tomó importancia la narrativa de los sujetos involucrados.

Posteriormente, durante el proceso de transcripción –puente entre lo oral y lo escrito, en un ir y venir hecho memoria- se realizaron, simultáneamente, búsquedas bibliográficas de aquello que resultaba ruidoso en las entrevistas y que se percibía en las observaciones. Después, al realizar la triangulación de los datos en esquemas y cuadros comparativos pudimos entender que el proceso pedagógico que construye y configura a SADEC forma parte de su memoria colectiva, ya que al describirlo fue necesario apelar a la continuidad de prácticas y experiencias que son parte de lo que aún está vivo en la conciencia del grupo (Halbwachs, 1995: 213-214); y que nos dan cuenta de líneas que cruzan y condicionan su espacio de movilidad.



### 1.2.2 Sobre la estructura del trabajo

Proceso de investigación que permitió abrir brecha y marcar los caminos que configuran lo que ahora se presenta como trabajo de titulación, lo cual, se tejió y bordó haciendo uso de la palabra escrita. Un tejido-bordado que muestra las brechas que anuncian el camino construido por SADEC, el cual permite reconocer su experiencia pedagógica y construcción didáctica. Brechas que pasan a conformar los capítulos del trabajo de investigación.

La estructura del trabajo se fue tejiendo a lo largo del mismo, es decir, hubo que deshacerse de líneas de indagación y construir otras por la posibilidad que brindó la memoria colectiva de quienes *son-existen* con la asociación. A partir de las entrevistas fue como emergieron los hilos y los colores que marcaron la base-fondo de este tejido-bordado, con los cuales se fueron configurando los cinco momentos que dan sentido y cuerpo al presente escrito, a saber: capítulo 1, *Sobre el tejido-bordado: procesos teórico-metodológicos*; capítulo 2, *Chiapas. Agentes y políticas en salud comunitaria: otras políticas que también son educativas*; capítulo 3, *SADEC y su intervención pedagógica*; capítulo 4, *Teorías implícitas en el planteamiento pedagógico* y como capítulo 5, *¿Y cómo concluir?*

Con todo esto, una vez dejando en claro el camino vivido, nuestras pretensiones y consideraciones, así como la construcción teórico-metodológica que da cuerpo y estructura al trabajo de investigación, esperamos que lo aquí expuesto y fundamentado pueda servir a otros para acercarse a la construcción pedagógica que se vive en territorio zapatista, donde las comunidades y pueblos campesinos e indígenas son sujetos de su propia historia.

## Capítulo 2

### Chiapas. Agentes y políticas públicas en salud comunitaria: otras políticas que también son educativas

---

La relación del Estado mexicano con los *pueblos indígenas originarios* ha sido, históricamente una relación asimétrica donde se les ha considerado, constantemente, como objeto de políticas públicas que los define como comunidades aisladas, marginadas, pobres y una minoría poblacional, con pretensiones de integración. Al minorizarlas y deshistorizarlas no se les considera su participación en la planeación, ejecución y control de proyectos y programas; los cuales son planeados, estructurados y ejecutados desde las percepciones, estereotipos e intereses que el Estado mexicano ha ido imponiendo a través de sus acciones de desarrollo<sup>7</sup>.

En 1992 el gobierno federal decreta, a través del artículo 4º constitucional, al país como una nación pluricultural basada en sus pueblos indígenas, en marco de las sugerencias internacionales al respecto, ya aprobadas en la década de los ochenta<sup>8</sup>, pero viene a formar parte del debate político a partir de 1994 a raíz del levantamiento armado zapatista que llevo a unos acuerdos firmados (1996) y no cumplidos –causa de su posterior postulación como bandera de lucha social- y motivo también de la promulgación de la Ley Indígena del 2001 (la cual no es reconocida por los pueblos indígenas al no respetar los acuerdos antes firmados con el gobierno federal, los Acuerdos de San Andrés). Lo que ha llevado a que el gobierno federal articule su perspectiva del uso de las identidades con acciones

---

<sup>7</sup> Históricamente desde el México independiente, revolucionario y posrevolucionario los pueblos indígenas originarios jugaron la parte más importante, desde el plano estratégico-militar fueron los elementos insurgentes y revolucionarios con mayor número; sin embargo, en el plano social y constitucional no se reconoció su configuración identitaria como individuos y como pueblos. Es hasta 1992 cuando nuestro país se reconoce como una nación pluricultural basada en sus pueblos indígenas, sin embargo tal reconocimiento no supuso la aceptación de sus derechos políticos y territoriales, básicamente se reconocieron a los pueblos algunos derechos culturales (Véase Díaz-Polanco y Sánchez, 2002: 47-48). Y es hasta 2007 cuando la Organización de las Naciones Unidas (ONU) emite la Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, donde se reconocen –a nivel internacional- los derechos colectivos de los pueblos indígenas, aunque éstos enfocados a su composición comunitaria y no a una organización regional donde se ejerza el derecho a la autodeterminación y a la autonomía.

<sup>8</sup> Ejemplo de ello, el Convenio 169 emitido por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la cual fue ratificada por México.

integracionistas, las cuales ya se venía desarrollando; colocando así lo pluricultural –desde el discurso político- y lo multicultural –desde lo académico-, como elemento folklorizante útil para programas y acciones sociales de corte desarrollista (como proyectos ecoturísticos), pero no como *raíz-eje* en la reconfiguración de las relaciones de un Estado pluriétnico.

La lucha por la vida de los pueblos indígenas originarios los ha llevado a entablar, en diversos momentos, luchas armadas, políticas y sociales para lograr su permanencia y reproducción como pueblos. Ejemplo de ello es la lucha, que en 1972, se llevó a cabo en el estado de Chiapas contra la creación de la Zona Lacandona, ya que, por decreto constitucional se otorgó a sesenta y seis familias lacandonas grandes extensiones de tierra desplazando a comunidades tzeltales y choles que ya habían formado poblados en ese territorio, acción que llevó a la configuración de organizaciones de lucha por la tierra; en 1974 se realiza el primer Congreso Indígena en San Cristóbal de las Casas, en el cual se plantearon puntos importantes sobre la problemática indígena desde la voz de los pueblos<sup>9</sup>. En 1992 con la movilización contra los 500 años de colonización en el *Movimiento 500 años de Resistencia Indígena, Negra y Popular*; en 1994 con el levantamiento armado zapatista y la creación de los Municipios Autónomos Rebeldes Zapatistas (MAREZ) y, en 2003, con la creación de las Juntas de Buen Gobierno (JBG) (De Vos, 2002; Díaz-Polanco y Sánchez, 2002; Baronet, 2009).

Me atrevo a subrayar al levantamiento armado de 1994 como uno de los hechos más importantes en la historia contemporánea de nuestro país, ya que éste hizo que muchos mexicanos miráramos y percibiéramos que aquel México en el que habíamos nacido era el mismo de muchos otros que creíamos inexistentes (los pueblos indígenas), que era nuestra esa historia, la que fue negada por los de *arriba*. La invención de una nación moderna hizo creer a muchos mexicanos que estábamos entre las primeras naciones del mundo, pero la sangre derramada en los días de combate y la intensa lucha de resistencia de los pueblos indígenas zapatistas nos hizo entender que más allá de nuestro ser mestizo (como falacia de *ser mexicano*), que más allá de nuestra lengua (considerada como única, “el castilla”) y de

---

<sup>9</sup> Ver Anexo 1 sobre la Declaración Tzotzil sobre salud, en las mesas de discusión en el Congreso Indígena de 1974.

nuestra historia mal contada había otras historias, otras culturas, otras lenguas y otros pueblos que también nos conforman y que desde siempre han estado ahí y, que hoy, se organizan, luchan y trabajan por ser reconocidos, respetados y tomados en cuenta para cualquier acción. Los pueblos y comunidades indígenas decidieron ser sujetos de su propia historia.

Hoy en día algunos pueblos indígenas originarios están llevando de *facto* sus derechos fundamentales; convirtiéndose en *sujetos sociales e históricos* que, ante la lucha por la vida, han apostado todo por el futuro. Y que con sus acciones colocan en un vaivén nuestra propia historicidad.

Acciones que ellos han llevado a cabo, en un continuo aprendizaje donde se han ido configurando los medios y las formas para resolver sus problemas sociales, políticos y económicos, ya sea de manera comunitaria o regional sin la intervención del Estado mexicano o, en ocasiones, en colaboración con la llamada sociedad civil<sup>10</sup>.

Participación de individuos, grupos, colectivos u organizaciones de la sociedad civil que han ido creciendo y diversificándose después del levantamiento armado zapatista; lo cual nos involucra en un aspecto importante de la acción social y política, la participación de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) u ONG en la esfera pública. Organizaciones que se fueron configurando desde la década de los ochenta y surgen con la movilización de los sectores medios, que se politizaron a raíz de la insurgencia zapatista por la necesidad de tomar partido en apoyo o en oposición a la lucha zapatista (González Figueroa, 2002). OSC tanto nacionales como internacionales, con las que los pueblos indígenas originarios están construyendo –en un trabajo de colaboración– otro tipo de relaciones con la sociedad y el Estado mexicano y que, en muchas ocasiones, dichas asociaciones no han roto la visión desarrollista y asistencialista con que se ha tratado a los pueblos indígenas.

---

<sup>10</sup> Entendiendo por sociedad civil a los sujetos sociales que individual o colectivamente intervienen en la problemática social del país sin la intervención del Estado y que no están involucrados en organizaciones de lucha político-militar. Término que considero surgió en la escena política y social a raíz de los discursos del EZLN y de la respuesta de la sociedad mexicana al conflicto armado.

Chiapas es ejemplo claro de la intervención directa de ONG's y del Estado en las acciones de desarrollo para con los pueblos indígenas y campesinos a través de sus políticas públicas; así como también, es el espacio de intervención social de instituciones de educación superior que han querido mantener los propósitos que les dieron origen (responder a la complejidad del entramado social, político, económico y cultural en que vive la sociedad mexicana) mediante el campo formativo y de investigación, con los cuales sus profesionistas “debieran” desarrollar la capacidad para intervenir en el ámbito social.

También es el espacio de origen y desarrollo de un movimiento social, político y étnico que pueblos y comunidades indígenas decidieron caminar, rumbo a *Otra forma de vida* donde se reconocen en su *estar-siendo* contemporáneo. Un movimiento que ha cuestionado al Estado y a toda la sociedad mexicana con respecto a la posición histórica en que se han colocado a los pueblos indígenas del país, éste es: el *movimiento zapatista*. El cual ha permitido desarrollar proyectos desde abajo para modificar las condiciones de vida de muchos pueblos –no sólo en las regiones autónomas-, y que ha sido reconocido internacionalmente.

Movimiento que fue gestándose con el surgimiento del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) en la esfera política como organización *etnopolítica* (Baronnet, 2009), con la cual se ha ido modificando la relación de los pueblos indígenas con el Estado mexicano –el gobierno federal ha dejado de ser rector de los programas sociales– y el resto de la sociedad mexicana, a través de acciones que han permitido ser la esperanza de muchas otras luchas en el mundo. Acciones y organización que han configurado una de las prácticas políticas y sociales relevantes de nuestro país y de nuestro continente, el de las *Autonomías*.

Para definir *Autonomía* retomamos a Gasparello (2009: 24) quien considera que ésta:

[...] es un derecho de los pueblos indígenas a tener libertad de acción –política, jurídica, social y económica [y territorial]- al interior del Estado y su derecho a la participación y representación política [y es] también una práctica cotidiana de los pueblos [...]

Consideramos que es un proceso en construcción donde los pueblos indígenas deciden su opción y modos de vida, no habiendo una sola manera de practicarse y ejercerse, sino que, “*son procesos moldeados por diferentes condiciones históricas, culturales, sociales, políticas y económicas*” (Gasparello, 2009) de los pueblos indígenas originarios; quienes buscan establecer otras relaciones políticas, económicas, sociales y culturales con el resto de la sociedad y con el Estado mexicano, rompiendo la situación colonizadora que se ha dirigido hacia sus territorios, personas y pueblos.

Una autonomía que es alimentada por la práctica y ser cotidianos de una organización etnopolítica que ha decidido que sus pueblos sean los protagonistas de su propia historia.

Son éstos algunos de los elementos que dan sustancia a nuestra investigación, pues se encuentran en el espacio de movilidad de nuestro sujeto y objeto de estudio; elementos que condicionan y configuran el ser y la práctica social de una ONG que trabaja salud y educación en Chiapas.

Esos elementos inscriben el *con-texto* que es fondo y base para nuestro tejido-bordado y son los que estructuran el presente capítulo, el cual consta de dos partes, por un lado el espacio de movilidad/geográfico que nos ocupa –el estado de Chiapas y las regiones en que interviene SADEC-; así como los distintos sujetos sociales involucrados y las políticas sociales y de salud que construyen y los condicionan –políticas que también son educativas-. Componentes que dan grosor, color y firmeza y permiten vislumbrar las redes y composiciones para comprender el tema que nos ocupa: *los procesos de formación en salud comunitaria*.

Tema que se coloca en una intersección donde confluyen políticas públicas de salud, sujetos sociales que intervienen en este campo, perspectivas educativas como la educación popular, la educación en salud y la educación intercultural; y las relaciones entre los conocimientos médicos (tradicionales e institucionales); y que da como resultado todo el entramado en que se estructura la presente investigación; a su vez, que es el tema que se colocó como madera para construir el telar que instrumentó la acción investigadora, el cual

dio origen a la herramienta que permitió la articulación de nuestro tejido-bordado<sup>11</sup>. Así que, sin más, iniciaremos por colocar nuestros hilos e iniciar con el fondo-tejido de nuestra investigación.

## **Espacio de movilidad**

### **2.1 Aspectos socioculturales del estado**

Chiapas se ubica hacia la parte sureste de nuestro territorio mexicano, es uno de los estados de la República Mexicana que nos involucra en una problemática compleja donde sus aspectos históricos, políticos, económicos, territoriales, culturales y de género pueden dar cuenta de acciones y prácticas sociales –indigenistas o indígenas- donde se encuentran anudados nuestros temas de interés y nuestro sujeto de investigación.

Este estado colinda hacia el norte con el estado de Tabasco; al sur con la República de Guatemala y el océano Pacífico; al oeste con el océano Pacífico, Oaxaca y Veracruz y al este con la República de Guatemala; su extensión territorial está calculada en 73 311 km<sup>2</sup>, lo que equivale al 3.7% del territorio nacional aproximadamente.

Es uno de los estados más ricos de nuestro país en cuanto a riquezas naturales, energéticas y culturales (contemporáneas y arqueológicas). Cuatro de sus municipios contribuyen con el 6.5% de la producción petrolera nacional y con, aproximadamente, la cuarta parte del gas natural; genera la mitad de la energía hidroeléctrica del país, posee la mayor diversidad y riqueza biológica de América –la Selva Lacandona es considerada como la reserva de selva más importante de México<sup>12</sup>-, cuenta con una gran variedad de especies vegetales; la extensión de sus bosques y selvas ubican al estado en el segundo lugar en cuanto a superficie forestal y aprovechamiento de maderas preciosas. Su fauna es muy variada y abundante. Ocupa el segundo lugar en la producción nacional de maíz; el

---

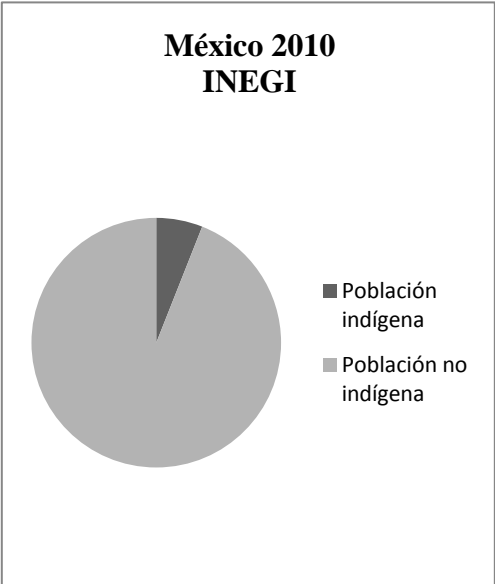
<sup>11</sup> El telar puede considerarse como el punto nodal de esta investigación con el cual se articuló toda la trama iniciando con el tema de partida: *los procesos de formación en salud comunitaria*, para poder dar cuenta del tema de llegada, *la Educación Autónoma*. Telar que se construyó a partir de las prácticas y conceptos sobre educación en salud y salud comunitaria.

<sup>12</sup> Instituto para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. Secretaría de Gobernación. *Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México. Estado de Chiapas*. 2010. Consultado en agosto 2011. Disponible en: [http://www.inafed.gob.mx/wb2/ELOCAL/EMM\\_chiapas](http://www.inafed.gob.mx/wb2/ELOCAL/EMM_chiapas).

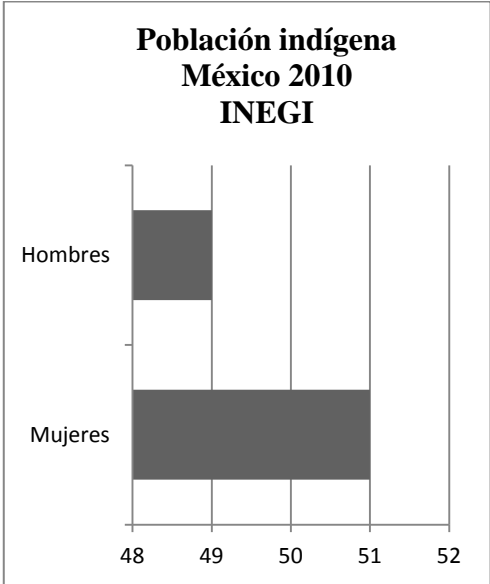
primer lugar en la producción nacional de café y el segundo lugar en la producción nacional de carne.

Una riqueza y diversidad que se traduce en su composición pluriétnica y pluricultural, siendo ejemplo de uno de los estados de la República mexicana con mayor población indígena. Según el censo de 2010, México cuenta con una población total de 112, 336,538 habitantes, de los cuales 57, 481,307 (51.16%) son mujeres y 54, 855,231 (48.83%) son hombres. De este total se registra que 6, 695, 228 personas (lo que equivale al 6%) hablan una lengua indígena o pertenecen a un pueblo indígena (Gráfica 1), datos aproximados debido a que muchos pueblos y comunidades no han sido contabilizados por no tener acceso a ellos<sup>13</sup>.

De la cantidad total de población indígena en nuestro país que registra el INEGI en 2010, 3, 407, 389 (51%) son mujeres y 3, 287, 839 son hombres (49%) (Gráfica 2).



Gráfica 1. Distribución de la población indígena y no indígena con respecto a la población total del país según el Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI.

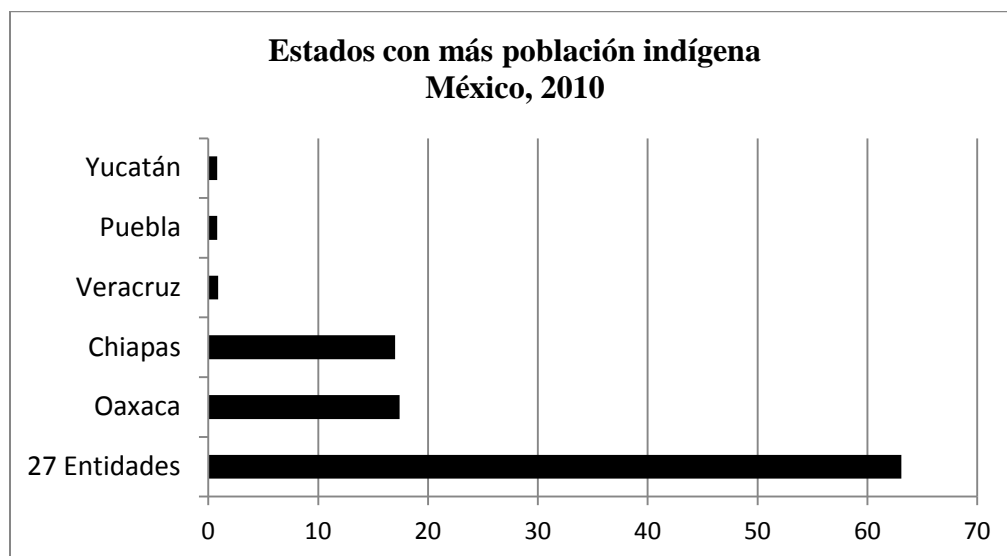


Gráfica 2. Población indígena del país porcentaje de hombres y mujeres según cifras del Censo de Población y vivienda 2010, INEGI.

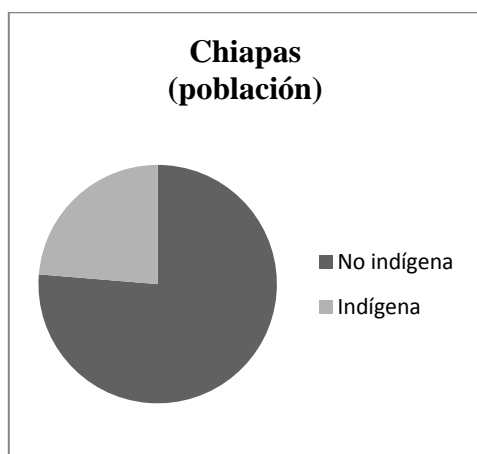
<sup>13</sup> Como es el caso de pueblos, comunidades y familias bases de apoyo zapatistas que no permiten ser contabilizadas por ninguna institución oficial.



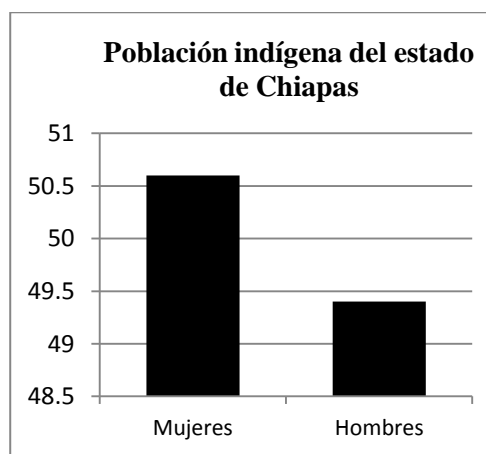
Chiapas es el segundo estado con mayor población indígena censada, después de Oaxaca y antes de Veracruz (Gráfica 3). De una población total de 4, 796,580 habitantes 1, 141, 499 son indígenas<sup>14</sup>, es decir, 23.7% de su población total pertenece a un pueblo indígena o habla alguna lengua indígena (Gráfica 4); de los cuales 578,060 son mujeres (50.6%) y 563,439 son hombres (49.4%) (Gráfica 5).



Gráfica 3. Porcentaje con respecto al total de la población del país que dice hablar una lengua indígena o pertenecer a un pueblo indígena, en un rango de edad de 5 años o más, según el INEGI en su Censo de Población y Vivienda, 2010.



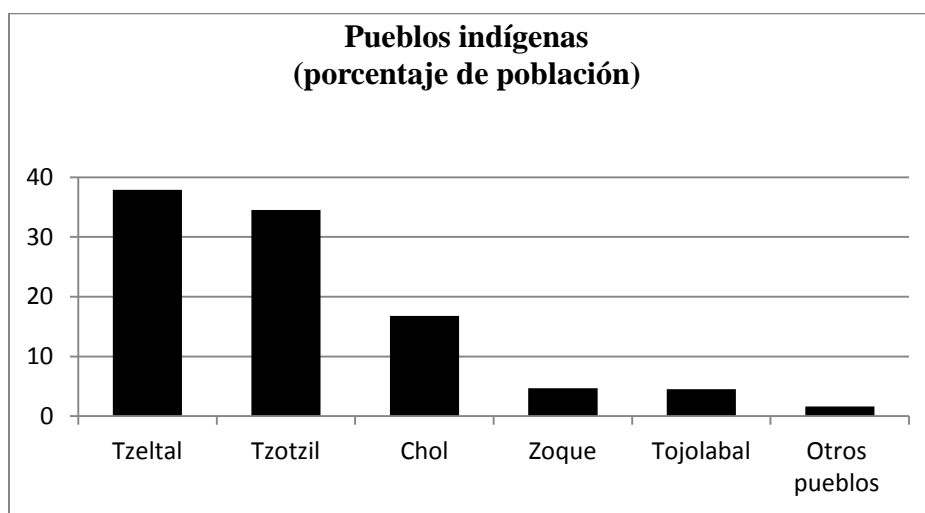
Gráfica 4. Distribución de la población indígena y no indígena del estado de Chiapas según el Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI.



Gráfica 5. Población indígena del estado de Chiapas, porcentaje de hombres y mujeres según cifras del el Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI.

<sup>14</sup> Población de 5 años y más que habla alguna lengua indígena (Véase INEGI. *Censo de Población y Vivienda 2010*, consultado en junio de 2011. Disponible en: <http://www.censo2010.org.mx/>).

El 81,5% de esa población indígena se concentra en tres regiones: Altos, Norte y Selva Lacandona (ahora dividida en región Maya, Tulijá Tseltal Chol y, propiamente, Selva Lacandona)<sup>15</sup>. Los grupos indígenas predominantes de la población indígena total son: Tzeltal con el 37.9% (lo que quiere decir que de cada 100 personas que hablan lengua indígena en Chiapas 37 son Tzeltales); Tzotzil con el 34.5%; Chol con el 16.8%; Zoque con el 4.7% y Tojolabal con el 4.5%. El resto de las etnias lo componen los pueblos Mame, Chuj, Kanjobal, Jacalteco, Lacandón, Kakchikel, Mochó (Motozintleco), Quiché e Ixil con el 1.6% restante de la población indígena del estado (Gráfica 6).



Gráfica 6. Porcentaje de población indígena del estado de Chiapas según el *Panorama sociodemográfico de México*, INEGI (2011b).

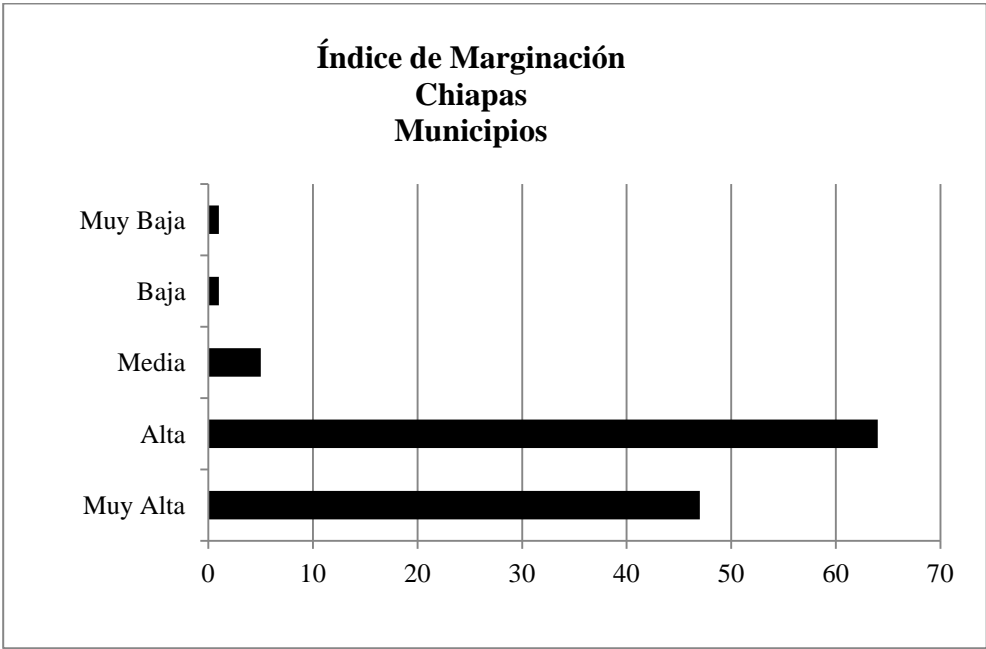
Frente a esta riqueza sociocultural, biológica y energética, este estado ocupa el segundo lugar con más alto grado de marginación en el país –después de Guerrero y antes de Oaxaca-. El índice de marginación es un medio con el que se identifican las condiciones socio-espaciales en que viven los estados y municipios que componen nuestro país, registra

<sup>15</sup> Cabe mencionar, y haciendo énfasis en la región Selva, pues, es ésta el espacio de movilidad de nuestro sujeto de investigación; que para mayo de 2011 el gobierno del estado emitió un decreto sobre el reordenamiento municipal, modificando la ya establecida organización económica de principios de la década de los 80 con la que se establecían 9 regiones económicas, ello a razón del establecimiento de las *ciudades rurales*, con lo cual, la anterior región VI llamada Selva Lacandona queda para este año dividida en dos más, pasando ella a conformar la región XII. Las otras dos regiones son: la región XIII Maya y la XIV Tulijá Tseltal Chol (Ver Anexo 2, decreto y nuevo reordenamiento municipal). Lo que nos hace considerar dicho decreto para delimitar –en términos oficiales- el espacio de movilidad de SADEC, ahora colocado en tres regiones económicas.

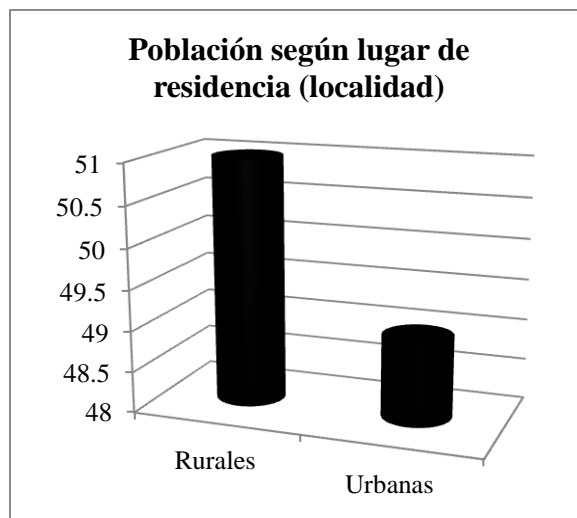
las condiciones de vivienda, acceso a la educación, los ingresos monetarios y su relación con la residencia en localidades pequeñas –menos de 2500 habitantes- (CONAPO, 2006).

Chiapas es un estado de nuestro país que se encuentra conformado por 118 municipios oficiales, 47 de ellos tienen muy alto grado de marginación, 64 son colocados con marginación alta, 5 con marginación media, 1 con marginación baja y 1 con muy baja marginación (CONAPO, 2006). El municipio de Sitalá, ubicado en la zona Norte-Selva, ocupa el segundo lugar dentro de los municipios más marginados a nivel nacional (el primero es el municipio de Cochoapa el Grande, Guerrero); lo que hace percibir el contraste social, político y económico en que viven los pueblos y comunidades chiapanecas (Gráfica 7).

De esos 118 municipios el 51 % de la población vive en localidades con menos de 2, 500 habitantes y 49% en localidades urbanas, lo que ubica a más de la mitad de la población del estado en zonas rurales (Gráfica 8).



Gráfica 7. Número de municipios según el Índice de marginación 2005, CONAPO, 2006.



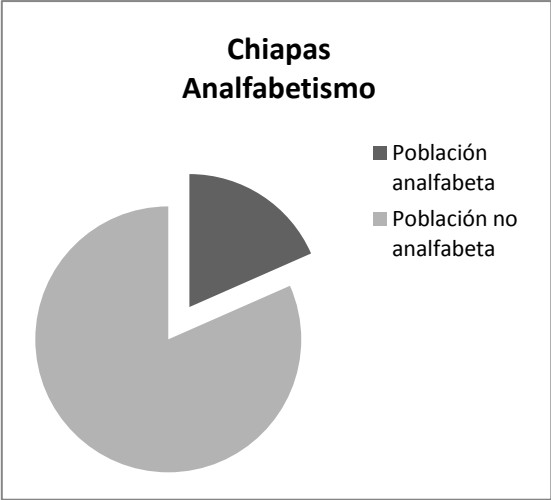
**Gráfica 8. Porcentaje de población total del estado de Chiapas según lugar de residencia, localidad rural o urbana, según datos del INEGI (2011a).**

Con respecto a la vivienda, de un total de 1, 090, 914 viviendas particulares habitadas, el 14.7% tienen piso de tierra, es decir, 14 de cada 100 viviendas tienen piso de tierra; 41.9% de viviendas tienen agua entubada; 83.4% poseen drenaje; 93.8% poseen servicios sanitarios; 95.9% tienen electricidad, cifras que han variado con respecto a años anteriores, debido a la intervención de los niveles de gobierno mediante políticas públicas y como consecuencia del levantamiento armado y movimiento zapatista, pues, muchas organizaciones campesinas e indígenas del estado, en vínculo con partidos políticos o, algunos, de manera independiente, han accedido a apoyos económicos, alimentarios, en salud y educación como consecuencia del movimiento y lucha etnopolítica pero, sin embargo, el estado continúa siendo uno de los más marginados y pobres del país –aunque posea una inmensa riqueza natural y energética-.

En lo que concierne a educación, Chiapas ha sido el estado-laboratorio de políticas indigenistas con las que se ha pretendido negar el *ser-estar* contemporáneo de los pueblos y comunidades indígenas con pretensiones de incluirlos al progreso del país mediante la educación “formal” y “no formal”.

Según cifras del INEGI, en 2010, el 18.4% de la población total del estado, en un rango de edad de 15 años y más, es analfabeta; continuando como la primer entidad con

alto índice de analfabetismo; donde las mujeres registran un porcentaje mayor al de los hombres (Gráfica 9 y 10). Y el grado de escolaridad que registra en su población es de 6.7 años, el más bajo del país.

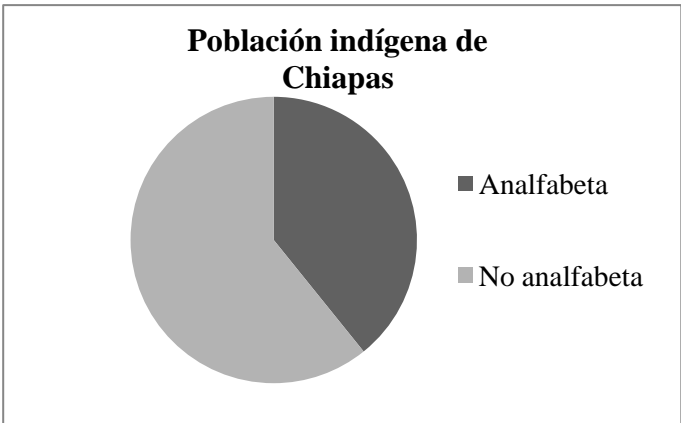


Gráfica 9. Población analfabeta y no analfabeta del estado de Chiapas, según el Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI.



Gráfica 10. Población analfabeta del estado de Chiapas con respecto a su sexo, según el Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI.

Y con respecto a la población indígena, el 39.2% del total de esa población, de 15 años o más, es analfabeta y el promedio de escolaridad de quienes han accedido a una educación “formal” es de 3.9 años (SIPAZ, 2011) (Gráfica 11).



Gráfica 11. Población indígena analfabeta del estado de Chiapas, según datos del Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI.

En el ámbito de la salud, principalmente en la salud de las mujeres y niños indígenas, el contexto social y económico de marginación en que viven condiciona su proceso de salud-enfermedad y causas de muerte.

Chiapas se ubica como uno de los estados con mayor índice de mortandad materno-infantil en nuestro país, según Díaz Echeverría (2006: 9) *“el que un embarazo o parto desemboque en la muerte de la mujer refleja problemas estructurales, tanto de acceso como de atención a la salud.”*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la mortalidad materna como *“la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”* (OMS, citado en: Díaz Echeverría, 2006).

Muertes maternas que en su mayoría ocurren –las que se registran– en mujeres indígenas del medio rural que viven en condiciones de pobreza, en comunidades pequeñas y aisladas, sin acceso real a servicios de emergencia obstétrica (Juárez, Palma, Singh y Bankole, 2010: 7). En 2009, en el estado, se registraron 75 muertes maternas de 100 mil nacimientos, mientras que a nivel nacional se registraron 62.8 mujeres en la misma proporción de nacimientos (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011).

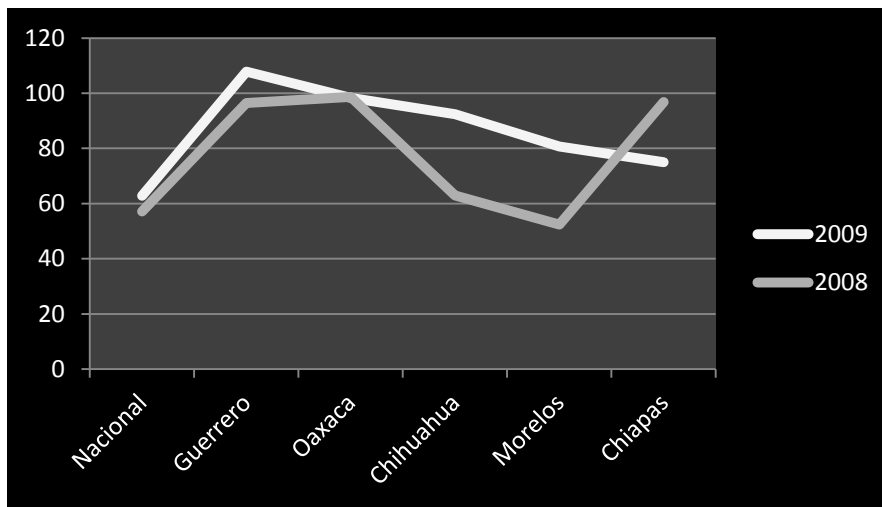
Para 2010 la cifra nacional se registró en 49.5 muertes maternas y la cifra que el Estado mexicano persigue para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) postulados por la Organización de Naciones Unidas (ONU), es de reducir la mortalidad materna para 2015 en 22 muertes por cada 100 mil nacimientos; cifra que parece imposible cumplir<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

- Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- Educación universal
- Igualdad entre los géneros
- Reducir la mortalidad de los niños
- Mejorar la salud materna
- Combatir el VIH/SIDA
- Sostenibilidad del medio ambiente

Chiapas se ubicó, en 2009, entre los estados con mayor muerte materna en el país; atrás de Guerrero con 107.8, Oaxaca con 98.3, Chihuahua con 92.4 y Morelos con 80.7. Cifras que varían según las formas de registro y el año de su acontecimiento, por ejemplo, Chiapas registró para el año 2008 cifras que lo colocaron en el segundo estado del país con mayor muerte materna, sólo atrás de Oaxaca y, para el 2009 se coloca en el quinto lugar atrás de Morelos (Gráfica 12).



Gráfica 12. Muerte materna en México<sup>17</sup>

Además siendo las afecciones originadas en el periodo perinatal la primer causa de muerte en los egresos hospitalarios registrados pasando a colocarse en un porcentaje del 20.6% con respecto al total (3 788) de muertes registradas durante el año de 2009.

Las mujeres chiapanecas que viven en municipios con Alto y Muy Alto grado de marginación (que son casi todos los municipios del estado) tienen el riesgo de morir durante el embarazo, parto o puerperio ocho veces más que una mujer que vive en un municipio con mediana o baja marginalidad y como vemos, en la mayoría de esos municipios hay una predominancia de pueblos indígenas, lo que nos traduce que la mayoría

- Fomentar una asociación mundial

Véase, ONU. Podemos erradicar la pobreza 2015. Objetivos de Desarrollo del Milenio. (n.d), consultado en agosto de 2011, Disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>

<sup>17</sup>Gráfica elaborada con datos obtenidos de: Comunicación e Información de la Mujer A.C. CIMAC. En su página web: El Rostro de la Mortalidad Materna en México. (n.d.). Consultada en mayo de 2011. Disponible en: <http://elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx> y del Observatorio de Mortalidad Materna en México. *Índices de Mortalidad Materna 2009*. 2011. Consultado en junio 2011. Disponible en: <http://www.omm.org.mx/index.php/numeralia-2009.html>

de las mujeres indígenas que viven en el estado de Chiapas tienen un alto riesgo de morir por el sólo hecho de ser madres (INMUJERES, 2008).

La principal causa de muerte materna en Chiapas durante el 2009 fue la hemorragia durante el embarazo, parto y puerperio seguida de causas obstétricas indirectas y de la enfermedad hipertensiva del embarazo –toxemias- (Cuadro 1). Entender el origen o condicionantes para que estas causas de muerte materna se presenten nos sitúa en la emergencia de comprender el proceso que las condiciona tanto social, económica, política y culturalmente para, con ello, posibilitar el proceso de su prevención.

Cuadro 1

Principales causas de muerte materna en Chiapas 2009	Porcentaje
1. Hemorragia del embarazo, parto y puerperio	33.8%
2. Causas obstétricas indirectas	22.5%
3. Enfermedad hipertensiva del embarazo (eclampsia)	19.7%
4. Otras complicaciones principalmente del embarazo y parto	11.3%
5. Sepsis y otras infecciones puerperales	5.6%
6. Otras complicaciones principalmente puerperales	4.2%
7. Aborto	2.8%

Elaborada con datos proporcionados por Freyermuth (coord.), 2010. *La muerte materna tiene rostro. Indicadores, Observatorio de Mortalidad Materna (OMM).*

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) las causas de muerte materna como la hemorragia o la toxemia pueden ser prevenibles, las cuales ocurren, en su mayoría, en espacios territoriales de población pobre, indígena y con dificultades de acceso a los servicios de salud (OPS/OMS, 2007, II-Países). Prevención que puede darse mediante el seguimiento a las mujeres durante su embarazo (atención prenatal), el acceso a servicios básicos como alimentación, vivienda, educación, comunicación y, principalmente, mediante “una transportación rápida de las mujeres afectadas, de emergencia obstétrica, hacia instituciones médicas equipadas [...] con bancos de sangre [...] abastecidos o con capacidad para realizar transfusiones de sangre” (Juárez, 2010: 9). Además la emergencia



de formar personal de salud comunitario (parteras y promotores/as de salud) que detecten a tiempo las emergencias obstétricas<sup>18</sup>.

Por otro lado, Chiapas ocupa el cuarto lugar a nivel nacional de mujeres infectadas con VIH; con el incremento constante de emigración de la población del estado y por la permanente militarización de éste, el riesgo de contagio de VIH ha ido en aumento. Además de ser uno de los estados cuyos habitantes no cuentan con la asistencia médica en proporción, pues, según estadísticas de la Secretaría de Salud en 2007 se cuenta con menos de un médico por 1000 habitantes; la cifra más baja de todo el país (SIPAZ, 2011).

Con respecto a la mortalidad infantil, Chiapas registra un índice según datos del INEGI en 2011, de 18.8 muertes de menores de un año por 1000 nacimientos, el segundo más alto del país, atrás de Guerrero con 19.3 muertes. El índice de mortalidad infantil a nivel nacional se registró en 13.7 niños por 1000 nacimientos (Cuadro 2).

Cuadro 2. Mortalidad infantil

Mortalidad infantil 2011 (INEGI)	Tasa x cada 1000 nacimientos
<b>Nacional</b>	<b>13.7</b>
Guerrero	19.3
<b>Chiapas</b>	<b>18.8</b>
Oaxaca	17.3
Veracruz	16.1
Puebla	16.0

**Principales estados del país con mayor tasa de mortalidad Infantil, INEGI, 2011.**

También el estado de Chiapas ocupa el segundo lugar en desnutrición, después de Guerrero. Más de la mitad de los municipios padecen de este problema. Sesenta municipios presentan desnutrición severa, 36 con importante grado de desnutrición, 13 con moderada y

<sup>18</sup> Por ello en este trabajo de tesis se pretende reconocer una de esas experiencias que, en el estado se ha venido realizando en colaboración con los pueblos y organizaciones sociales. La intervención de personal de salud comunitaria en colaboración con médicos/as en servicio, durante el 2008, pudieron reducir el índice de mortandad materna en la región de las Cañadas ubicada en el MAREZ Emiliano Zapata, JBG “El camino del futuro”, Caracol de Resistencia Hacia un Nuevo Amanecer (Véase Heredia, 2008. “Impacto de un proyecto de salud no gubernamental en dos microrregiones de Chiapas”. En: *Gaceta Urbana*, (6 y 7), México: UAM-X).

sólo dos con desnutrición leve según el gobierno del estado a finales del año 2006 (SIPAZ, 2011). En la población indígena este fenómeno se presentó en un 71,6% de la población en el año de 2008.

La mayoría de la población indígena no ha tenido acceso al sistema de salud mexicano, pues su uso es condicionado (registrarse en un programa social del gobierno federal, como lo es el Seguro Popular) y acceder a ellos es ir a los grandes centros urbanos, que por distancia y dinero es casi imposible llegar; o si existen Unidades Médicas Rurales y las Clínicas Hospitales de Campo éstas se encuentran sin personal suficiente y equipo médico; lo que ha llevado a la agudización y reproducción de enfermedades fácilmente curables; las enfermedades infecciosas ocupan 8 de las 10 causas principales de enfermedad, las respiratorias representan el 59%, seguida de las intestinales (causadas por la falta de agua potable y drenaje) que representan un 31%. En los municipios indígenas, la tuberculosis es la onceava causa de la muerte (la decimosexta en todo el país) (SIPAZ, 2011).

Cifras y datos estadísticos que son referentes para comprender la situación socio-cultural y de salud que comparte la mayoría de la población del estado y, principalmente, los pueblos y comunidades indígenas, pues, son ellos con quien SADEC decidió trabajar. Pueblos y organizaciones indígenas y campesinas que han optado por resolver sus problemas básicos de manera organizada, independiente y autónoma a las instituciones gubernamentales, ante la nula capacidad del Estado mexicano para resolverlos.

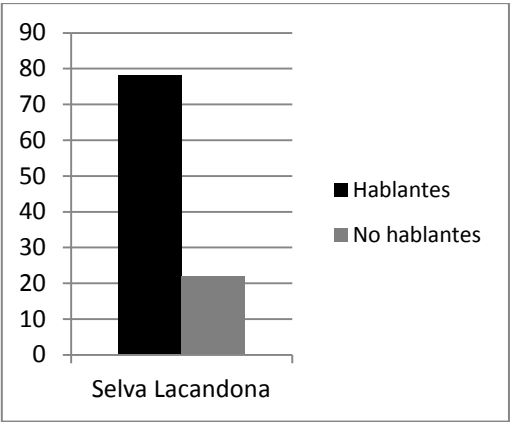
Ante este panorama general del estado, nos enfocamos principalmente hacia tres regiones económicas que son espacio de movilidad de la asociación civil que nos ocupa y preocupa a saber: la región XII Selva Lacandona, la región XIII Maya y la región XIV Tulijá-Tseltal-Chol (ver Anexo 2, mapas y decreto donde se establece la re-organización municipal del estado).

### **1.1.2 Regiones Selva Lacandona, Maya y Tulijá-Tseltal-Chol**

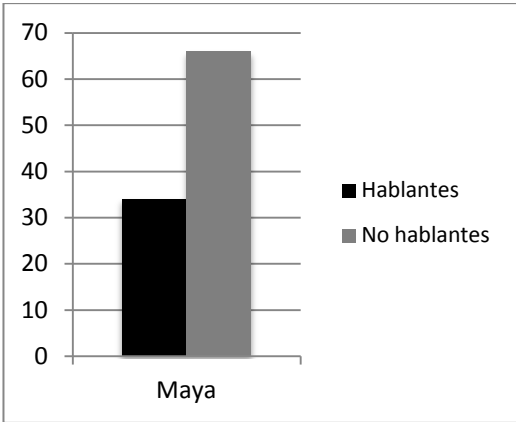
En la región XII denominada Selva Lacandona encontramos a los municipios de Ocosingo y Altamirano; en la región XIII, Maya, se localizan los municipios de Catuzajá, La libertad,

Palenque, Benemérito de las Américas y Marqués de Comillas. La región XIV Tulijá-Tseltal-Chol está organizada en siete municipios: Tila, Sabanilla, Salto de Agua, Tumbalá, Yajalón, Chilón y Sitalá.

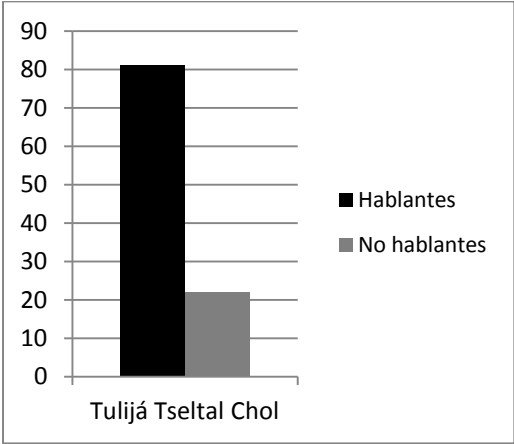
Todas ellas cuentan con casi el 99% de sus localidades con menos de 2 500 habitantes, lo que nos traduce que estamos hablando de regiones completamente rurales donde la mayoría de su población de tres años o más habla lengua indígena (sólo la región Maya presenta el 34% del total de su población habla lengua indígena –de 160 170 habitantes-, véanse gráficas 13, 14 y 15).



**Gráfica 13. Población hablante de lengua indígena de 3 años o más. Región XII**



**Gráfica 14. Población hablante de lengua indígena de 3 años o más. Región XIII**



**Gráfica 15. Población hablante de lengua indígena de 3 años o más. Región XIV**

Como vemos estas tres regiones son habitadas, en su mayoría, por pueblos indígenas cuya actividad económica regional se sustenta en las actividades agrícolas, ganaderas y forestales, además de las de los servicios, hospedaje y artesanías<sup>19</sup>.

SADEC, asociación civil que otorga rostro a esta investigación trabaja en estas regiones, principalmente en cinco de sus municipios oficiales: Chilón, Ocosingo, Palenque, Sabanilla y Tila; por lo que valdría la pena mencionar algunos elementos que nos hagan comprender su situación sociocultural.

Cuatro de ellos se ubican hacia la parte *Norte* del estado: Palenque, Sabanilla, Tila y Chilón –los tres primeros colindan en algún punto geográfico con el estado de Tabasco– mientras que el municipio de Ocosingo se ubica hacia la parte *Este* colindando en cierto espacio con la hermana República de Guatemala.

Ocosingo es el municipio que cuenta con la mayor extensión territorial de todos los municipios del estado. Las localidades que forman parte de estos cinco municipios son en su mayoría poblaciones habitadas con menos de 2 500 personas y hablantes de lengua indígena, lo que los hace eminentemente municipios rurales e indígenas –en la región donde se ubican éstos se concentra un gran número de poblados indígenas del estado–. El índice de analfabetismo es mayor al estatal (21.33), siendo aún mayor en el caso de las mujeres, el municipio de Chilón presenta el más alto de los cinco municipios con 41.52% del total de su población (CEIEG/Chiapas).

Las Unidades Médicas del sector público que existen en estos municipios oscilan entre 5, 9, 20 y hasta 101, en el caso de Ocosingo, con la asistencia de personal médico entre 15, 44, 107 y 118 médicos en total, con una razón de un médico por cada 7,344 habitantes en el caso de Tila y de un médico por cada 1,757 habitantes en el caso de Ocosingo. En cuatro de estos municipios la tasa de mortandad infantil es mayor a la estatal (23.89) –recordemos que Chiapas tiene un índice muy alto en este rubro–. En Ocosingo la muerte materna ha llegado a ser nueve veces mayor que la de todo el país. Estos municipios

---

<sup>19</sup> Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica del Estado de Chiapas. (2011). Consultado en junio 2011. Disponible en: <http://www.ceieg.chiapas.gob.mx/home/?p=3702>

se ubican en un grado Alto (Palenque) y Muy Alto de marginación, Ocosingo, Chilón, Tila y Sabanilla (Anexo 3, cuadro comparativo).

Son datos y estadísticas y que nos dan cuenta del contexto sociocultural y económico del espacio geopolítico donde se sitúa nuestro tema y sujeto de investigación, con sus limitaciones de aproximación. Información que, a su vez, nos hace comprender el por qué hoy los pueblos, mediante el ejercicio de su autonomía, están creando los mecanismos que posibiliten su reproducción y desarrollo como colectividades sociales e históricas. Y que son resultado también de las intenciones históricas del Estado mexicano por negar física y culturalmente a los pueblos y comunidades indígenas en su *estar-siendo* (existir) contemporáneo.

Esto es parte del tejido que es fondo para comprender el quehacer pedagógico de SADEC en zonas autónomas zapatistas. Y que se hace necesario para reconocer el camino y la experiencia pedagógica construida.

### **Políticas en salud desde distintos sujetos**

Por la situación de marginación y pobreza en que vive la mayor parte de la población del estado, en contraste con la riqueza natural, energética y cultural; muchos han sido los programas sociales y las líneas de acción –más los discursos- para hacer llegar –o construir desde abajo- los servicios básicos, ya sea, mirando a la población como *objeto* de políticas públicas o reconociéndola como *sujeto histórico-social*.

Intentos que han sido arropados, algunas veces, con buenas intenciones –aunque ello no implica la modificación de la relación asimétrica entre los involucrados-, y, otras, con acciones abiertas de invisibilización y negación del *ser-estar* contemporáneo de nuestros hermanos indígenas y campesinos; así como, también, se han llevado a cabo acciones que resuelven las necesidades básicas de la población desde y con la población misma, donde ésta ha pasado a ser base, centro, sustento y dirección de toda acción social y política. Imposiciones desde arriba y construcciones desde abajo, en esos espacios transitaremos para escuchar los discursos y mirar las acciones de los involucrados en cuanto a intervenciones en salud comunitaria (programas, proyectos, acciones y políticas) y

educación en salud, guiando nuestro andar con preguntas como: ¿cómo se combinan los aspectos de la salud y de la educación para dar respuesta a problemas locales de salud? y ¿cómo se concibe la intervención de personal comunitario en las acciones en salud comunitaria?

Para ello consideramos definir salud comunitaria retomando elementos que Gomezjara y Ávila (1992:472) proponen:

La salud comunitaria es un proceso autoorganizativo de la población para enfrentarse a los problemas socio-económicos-sanitarios-epidemiológicos de la comunidad: vivienda, nutrición, condiciones laborales y ecológicas, democracia, manipulación consumista, morbilidad. Es una tarea médica preventiva con un enfoque global del proceso salud-enfermedad: psico-orgánico-comunitario-histórico. Tendiente a recuperar el saber y la práctica familiar-comunitaria tradicional de la autoadministración tanto terapéutica como del manejo del cuerpo, mente, espacios, valores. Destinada a divulgar y socializar por el equipo de salud a la par del conocimiento anterior, un entrenamiento y capacitación en la comprensión y manejo del saber médico alopático, homeopático, naturista, etc., como prácticas preventivas, tratamientos auxiliares, y de emergencia, cuidados, organización grupal, comunicación alternativa, etc. Orientada propiciar la conformación autogestionaria de la práctica de salud comunitaria en base a una reflexión, organización, participación, recuperación y divulgación, de manera autónoma del estado y la empresa privada.

Concepto que nos ayuda a elaborar uno propio donde consideramos *la salud comunitaria* como un proceso autogestivo de regulación del proceso salud-enfermedad desde un enfoque social, biológico y pedagógico, donde los involucrados son sujetos histórico-políticos que sustentan los trabajos en salud. Y pasa a ser parte de la organización comunal para la reproducción de la vida combinándose, para su instrumentación, con todo el tejido social comunitario haciendo uso de los conocimientos necesarios, propios y ajenos, tradicionales e institucionales, para la práctica de la salud.

Concepto que va más allá del planteamiento de los autores antes mencionados, pues, nosotros pensamos que la salud comunitaria forma parte del ritmo comunitario de vida, no llega de fuera y se institucionaliza, sino que es a través de ella como se impulsan acciones en salud –mediante la formación de personal en salud comunitaria y la construcción de la infraestructura en salud- para crear redes y sistemas de salud que alimentan procesos de autonomía.

Este concepto nos permite dialogar entre el discurso y la práctica de salud en contextos comunitarios y, a su vez, reconocer los modos de relacionarse entre los sujetos y conocimientos médicos involucrados.

En este segundo apartado del presente capítulo enunciaremos las políticas en salud impuestas o construidas desde distintos sujetos, donde la salud comunitaria y la educación en salud son nuestros puntos nodales que permiten, por nuestra parte, una intervención analítica. Primeramente, nos acercamos a la intervención gubernamental mediante sus políticas públicas; las cuales configuran sujetos y prácticas sociales y que, por ello, también las consideramos como políticas educativas.

Después se conversará con otros sujetos implicados en acciones de salud comunitaria y educación en salud, éstos son: ONG's, la UAM-X y JBG zapatistas, dedicando a cada sujeto social su debido espacio.

## **2.2 Políticas públicas**

En la década de los cincuenta en el estado de Chiapas el gobierno mexicano, a través del Instituto Nacional Indigenista (INI), creó los medios para intervenir de manera directa en las comunidades rurales e indígenas desde una visión desarrollista e integracionista para atender el llamado *progreso y modernidad* del país. Algunas veces desde posiciones paternalistas y otras desde el reconocimiento de cierto nivel de participación de las comunidades involucradas con acciones de corte extensionista.

Acciones que arrancan con una política en la que se coloca al estado de Chiapas como el laboratorio del indigenismo mexicano (Fenner, Palomo, 2008), política indigenista que se ha desarrollado desde la mitad del siglo XX hasta nuestros días. Políticas y programas sociales con diferentes matices pero con un color en común, la *invisibilización* del *ser-estar* contemporáneo de los pueblos indígenas.

Haciendo un recuento iniciaremos con la creación del INI, en 1948, cuando el gobierno federal (Miguel Alemán Valdés 1946-1952) realizó programas y acciones con intenciones de instrumentar los *cambios culturales* en las poblaciones indígenas para su

integración al Estado-Nación. Ello a través de medidas educativas y de provisión de servicios básicos. Se crearon los Centros Coordinadores Indigenistas, siendo el primero de ellos el de la región Tzeltal-Tzotzil, construido en la ciudad de San Cristóbal de las Casas en 1951<sup>20</sup>, en el que se llevó a cabo un programa federal de desarrollo integral para implementar programas de educación, salud, agricultura, comunicación, economía, entre otros (Aguirre, 1994: 8) y poder integrar a las comunidades al desarrollo de la Nación. Desde los cuales se empezó a capacitar al personal en salud de las comunidades en cuestiones técnicas y de instrumentación de los programas federales -atender problemas de prevención y saneamiento en sus comunidades como, por ejemplo, acciones de fumigación domiciliaria-, para 1954 se empezó a sustituir a los promotores ladinos que laboraban en las clínicas periféricas, del Centro Coordinador Indigenista de la región Tzeltal Tzotzil, por promotores indígenas (Page, 2002)<sup>21</sup>.

A su vez, dicho programa trato de sustituir las prácticas médicas tradicionales por las de la medicina institucional, entendida ésta como medicina científica o hegemónica, con un enfoque racional, que no acepta formar a su personal en teorías y prácticas que no sean aquellas que configuran su cuerpo de doctrina, ante un ejercicio controlado por la experimentación (Aguirre, 1994: 19).

Aunque en el discurso se “pretendía” mantener cierto respeto hacia la medicina indígena tradicional y a los conocimientos tradicionales, en la práctica dicha relación estuvo regulada por estereotipos erróneos con respecto a la cultura y conocimientos tradicionales indígenas; incluso años antes, en 1945, ya se habían realizado reformas

---

<sup>20</sup> En una de las regiones denominadas *regiones interculturales de refugio* que Aguirre Beltrán definió como zonas indígenas en las que conviven en estrecha interdependencia socioeconómica, indios y mestizos; definición que, posteriormente, en los años ochenta se modificó y el INI vino a nombrarlas como *zonas marginadas* económica y socialmente, dejando de lado el concepto de regiones interétnicas (Aguirre Beltrán, 1994).

<sup>21</sup> La figura de *promotor* nace con el INI, en los Centros Coordinadores Indigenistas, como promotor e instrumentador de los cambios culturales “necesarios” para la integración de las comunidades al proyecto de Nación; personas de las comunidades capacitadas, por la institución gubernamental, en los campos de la educación y de la salud, en niveles técnicos y en medidas de saneamiento del medio que posibilitaron las políticas indigenistas de mediados del siglo XX. Término que también fue utilizado por ONG’s en la década de los ochenta y noventa el cual se *re-configuró* por la práctica social ejercida, pasando a ser de instrumentadores a ser reconocidos como *sujetos histórico-políticos*. Categoría que hoy en día también se ha *transgredido* ubicándose como un cargo comunitario reconocido en las zonas autónomas con niveles de especialidad en salud.



constitucionales (con el general Manuel Ávila Camacho, 1940-1946), con la que se otorgó exclusividad legal a la práctica médica, la cual sería determinada por el Estado, lo que llevó a tipificar y considerar como fraudulentas las prácticas médicas tradicionales del curandero y la partera y a realizarlas de manera clandestina (Page, 2002).

Los programas implementados por el Centro Coordinador Indigenista región Teztlal-Tzotzil se ejecutaron con personal de salud como: promotores de salud (personas de las comunidades con capacitación –prevención y curación- vista ésta como instrucción o adiestramiento) en colaboración con los promotores culturales (personas que se convirtieron en “medio” para el “necesario” cambio cultural) y personal profesional y subprofesional con preparación técnica-científica (Aguirre, 1994). Los dos primeros formados por el INI y los últimos por instituciones educativas (UNAM, IPN o por Institutos de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), hoy llamada, Secretaría de Salud (SSa), como es la Escuela de Salud Pública del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales).

El indigenismo siguió su rumbo, décadas después, con Luis Echeverría Álvarez (1970-1976), se reimpulsa y sus acciones se amplían en la mayor parte del país –se crean más Centros Coordinadores Indigenistas- al final del sexenio estaban trabajando 70 centros en el país, 11 en el estado de Chiapas-, con los cuales se llevarían a cabo las políticas diseñadas desde el Estado y *dirigidas* hacia los pueblos indígenas.

Política que continuó con el descrédito de la medicina indígena tradicional y, por lo tanto, hacia los Conocimientos Médicos Tradicionales (CMT)<sup>22</sup> y, en contraste, implementó la formación de personal técnico en salud como promotores de salud o como enfermeras.

---

<sup>22</sup> Por Conocimiento Médico Tradicional (CTM) se entiende: son aquellos conocimientos que han acompañado históricamente a los pueblos originarios, y que han sido construidos alrededor del concepto de cuerpo (propio y colectivo/espacio y territorio), de salud- enfermedad, vida-muerte; conceptos que les han permitido reproducirse y configurarse como pueblos y, hoy, ejercer su identidad étnica. Para Aguirre Beltrán (1994) éste es considerado como “*un sistema, una selva de símbolos que expresan el enlace de signos y síntomas con la visión de mundo [indígena], donde [...] reside la causalidad de los trastornos en el equilibrio salud-enfermedad*”; mirando a la medicina tradicional indígena como medicina india, concepto con el cual quien suscribe esta investigación no existe total acuerdo, debido a la carga colonial que posee el término indio.

Las acciones sanitarias fueron encaminadas a la racionalización de los conceptos y las prácticas médicas tradicionales (Page, 2002: 29).

El INI no era el único agente dedicado a dirigir programas hacia los pueblos indígenas, existieron intervenciones sociales, políticas y religiosas, que reconocieron las formas de vida y cultura de los pueblos, incluso aprendieron de éstos, claro ejemplo de ello son los proyectos que la Diócesis de San Cristóbal y su entonces obispo, Samuel Ruiz, que se pusieron en marcha en los mismos momentos y escenarios (Fenner, Palomo, 2008: 84-85), los cuales se consideraran en la tercera parte de este capítulo (trabajos de ONG's).

Después, con López Portillo (1976-1982), se replanteó el lenguaje indigenista y se empezaron a manejar conceptos como: indigenismo participativo, etnodesarrollo y federación de nacionalidades (Bonfil, 1987: 76, citado en: Page, 2002: 29). En ese sexenio se pretendió escuchar las recomendaciones internacionales con respecto a la atención a la salud, en 1977 en la XXX Asamblea Mundial de la Salud se emitió una recomendación a los gobiernos para que dieran importancia al empleo de sus sistemas médicos tradicionales con una reglamentación acorde a sus sistemas nacionales de salud (Campos-Navarro, 1996: 66)<sup>23</sup>; en 1978, con la Declaración de Alma-Ata, queda formulada la idea central de la atención a la salud con el lema *Salud para todos en el año 2000*, que se lograría mediante la implantación de estrategias de atención primaria en salud<sup>24</sup> que, entre otras cosas, reconoce

---

<sup>23</sup> Con el ingreso en 1971 de la República Popular China a la Organización de las Naciones Unidas, se dirigieron los planteamientos hacia el reconocimiento de la coexistencia y complementariedad de las prácticas curativas tradicionales y occidentales. Además surgió ésta necesidad por la imposibilidad de los Estados en la resolución de los problemas de salud de su población, principalmente en aquellos países denominados como subdesarrollados y, en especial, lo que corresponde a sus zonas rurales.

<sup>24</sup> La atención primaria en salud se define, con base en la ratificación de la Declaración de Alma-Ata (1978) en 2005 por los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud, como la atención esencial a la salud basada en métodos y tecnologías científicamente fundados y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar [...] Forma parte integral tanto del sistema nacional de salud [...] como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, las familias, las comunidades [...] llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud (OPS-OMS, 2007: 395). Definición que también sustenta el actuar de los Organismos No Gubernamentales. Actualmente el Sistema Nacional de Salud mexicano cuenta con **tres niveles de servicio de salud**. El **primer nivel** lleva a cabo acciones principalmente encaminadas a la promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria a la morbilidad más frecuente brindada por médicos generales y personal de enfermería, con el apoyo de la comunidad [técnicos en salud]. La característica principal del **segundo nivel** de atención es el área de atención ambulatoria y hospitalización, así como de

la necesaria participación de personal de salud en el plano local (médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad) para la consulta y referencia de casos<sup>25</sup>.

Para dar respuesta a la cobertura de atención primaria en salud se crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), con el cual el INI obtuvo mayor capacidad de decisión sobre las acciones dirigidas a los grupos indígenas del país. En 1979 crea un programa que considera la práctica médica tradicional llamado 'Programa de Medicinas Paralelas', que fue diseñado por el Centro Coordinador de San Cristóbal de las Casas (Page, 2002: 44-45), sin embargo, en términos concretos se continuó con prácticas integracionistas de sexenios anteriores.

En ese mismo año, en convenio con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se amplía el programa y se crea el denominado IMSS-COPLAMAR, con el que en adelante y hasta nuestros días, salvo por algunas modificaciones, sobre todo en apellido<sup>26</sup>, recibirá la mayor parte de los recursos para atender a la población no asegurada, especialmente del medio rural (Page Pliego, 2002: 30-31). Que por medio de las llamadas Unidades Médicas Rurales y las Clínicas Hospitales de Campo, se pretendió imponer un moderno modelo de atención que hoy en día carece de personal y, por tanto, son simulados, nulos o nefastos los servicios de salud otorgados por el Estado a la población indígena<sup>27</sup>.

---

urgencias. Brinda atención de las especialidades básicas en hospitales generales o de especialidad y cuenta con servicios de apoyo: diagnóstico, imaginología y laboratorio. La atención que se brinda en el **tercer nivel** es especializada, de mayor complejidad y aunada a actividades de investigación clínica y básica y en este grupo se encuentran 12 Institutos Nacionales de Salud (OPS/OMS, 2007: 539). Para la atención se hace una diferenciación entre el sector laboral y población abierta, así, para el primero se crean: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), entre otros; en ellos los trabajadores cotizan directamente para su afiliación. El resto de la población, campesina e indígena en su mayoría, dependen directamente de la red de servicios de la Secretaría de Salud (SS) (Heredia Cuevas, 2007b).

<sup>25</sup> Se otorga un nivel de reconocimiento a las prácticas y conocimientos médicos tradicionales, ante la imposibilidad de los gobiernos por satisfacer la demanda en salud de la población, de ahí que las nuevas políticas en salud vayan encaminadas -aunque sólo en el discurso- a instrumentar la participación de los médicos y personal de salud tradicional. Dicha participación etiqueta a los médicos tradicionales y parteras como *auxiliares en salud*, cuya práctica tiene que estar respaldada por personal e instituciones gubernamentales.

<sup>26</sup> Primero como IMSS-COPLAMAR, después IMSS-Solidaridad y, posteriormente, como IMSS-Oportunidades.

<sup>27</sup> Hoy en día CLOPAMAR es un referente en los servicios públicos de salud de habitantes del municipio de Ocosingo -otro es el Hospital de San Carlos atendido por monjas belgas, suizas, francesas y de otras

Donde la salud comunitaria queda configurada alrededor del *trabajo asistencial* de profesionales, técnicos, personal comunitario e instituciones gubernamentales para instrumentar el desarrollo social de las comunidades. Donde el proceso salud- enfermedad se explica desde lo biológico, “científico” y “racional”. Colocando lo comunitario como adjetivo por la implantación de programas de salud en espacios comunitarios.

Ya con Miguel de la Madrid (1982-1988) y Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) la política social estuvo condicionada por la implantación de la economía neoliberal donde, para su efecto, se redefiniría el Estado y su relación con la sociedad, desprendiéndose éste de la responsabilidad de “*garantizar los derechos sociales constitucionales (salud, educación, empleo, etcétera) para los individuos o grupos; centrando sus acciones a la asistencia selectiva a los grupos de mayor marginación (combate a la ‘pobreza extrema’), mediante servicios públicos de bajo costo*” (Page, 2002: 32). Haciendo creer a la población que ella es la responsable de su propia salud y, por tanto, de la atención a ésta:

En relación con la participación individual, familiar y comunitaria en el ámbito de la salud, el discurso político, y concretamente la política de salud, se ha traducido en [cuanto al derecho sobre] la protección de salud se refiere, el primer responsable es el individuo y, en el caso de los menores y ancianos, la mujer, en seguida la familia, luego la comunidad y por último el Estado [...] llevando las acciones de atención (de bajo costo) a los pobres (Page, 2002: 36).

En los primeros años de la década de los ochenta, se empiezan a sentar las bases legales para la transformación del sector salud, para orientar las acciones hacia la privatización y descentralización de este servicio público. En 1984 se promulga la *Ley General de Salud (LGS)*<sup>28</sup>, en ésta se define y reglamenta lo correspondiente al derecho de protección de la salud y a los aspectos estructurales y más generales sobre el Sistema Nacional de Salud (SNS) (Page, 2002: 34-35).

---

nacionalidades, y que fue sitiado y amenazado en 1994 a raíz del conflicto armado, ya que en él se atendió a heridos durante los combates sin distinguir entre campesinos, civiles, rebeldes o soldados-.

A COPLAMAR acuden mujeres de las comunidades autónomas cuando, por urgencias obstétricas, buscan el servicio de salud, ellas acompañadas por su promotor/a de salud autónoma solicitan un servicio de segundo nivel y, en ocasiones, se les manda a otra institución pretexto de no contar con ginecólogo y, las más de las veces, las mandan sin hoja de referencia alguna. Los promotores/as mencionan que sus pacientes referidos son tratados con desdén, al igual que ellos y, más aún, si el personal institucional conoce su procedencia campesina, indígena y zapatista.

<sup>28</sup> La cual permanece hasta nuestros días con sus respectivas modificaciones.

En esta ley se definen las bases y modalidades para el acceso a los servicios, de la gratuidad según la situación económica del usuario, así como de los niveles de participación de la comunidad (Artículo 57 y 58), orientándose dicha participación hacia acciones de promoción y prevención, con la incorporación de personas “*como auxiliares voluntarios, en la realización de tareas simples de atención médica y asistencia social, y su participación en determinadas actividades de operación de los servicios de salud*”. Además de realizar también acciones como notificadores “*en la existencia de personas que requieran de servicios de salud cuando éstas se encuentren impedidas de solicitar auxilio por sí mismas*” (Cámara de Diputados, 2011: 17) [subrayado mío]. Así como informantes de las irregularidades o deficiencias en la prestación de los servicios. A través de esta ley la federación delega responsabilidades a estados y municipios.

Estos sexenios sentaron las bases para la entrada de políticas neoliberales que condicionan hasta nuestros días el *estar* de la sociedad mexicana. En el sector salud se percibió poco financiamiento lo que llevó al deterioro de la atención en los servicios de salud, se depositó en la familia y en la comunidad la responsabilidad de su salud, para conservarla y atender las enfermedades (Page, 2002). Como consecuencia, también de esa política, la política indigenista se dirigió –en el discurso- a no integrar al indígena a la cultura nacional, sino en pretender generar mecanismos que permitieran que los indígenas asumieran la responsabilidad de su propio devenir, para lo cual el Estado mexicano comienza a sentar las bases legales, en respuesta a disposiciones antes sugeridas por organismos internacionales.

En 1992 se realizó un cambio constitucional donde se reconoce a México como un país pluricultural sustentado en sus pueblos indígenas cambio que, concretamente y como ejemplo, en el estado de Chiapas y con respecto a la *medicina tradicional*<sup>29</sup>, llevó a disposiciones legales que se contrapusieron a lo establecido por el Convenio 169 de la OIT, por lo menos en la gubernatura de Patrocinio González Garrido (1988-1993) ya que:

[...] no se reconocen las destrezas a los practicantes de la medicina indígena tradicional, ni a su medicina efectividad alguna, y, por otro, nos muestra el desconocimiento que existe en los círculos

---

<sup>29</sup> Page Pliego (2002) considera ésta como medicina indígena tradicional que para quien suscribe esta investigación vendrían a ser términos o categorías similares.

sanitarios y legislativos acerca de la estructura, carácter e importancia que tiene para las comunidades indígenas la medicina indígena tradicional (Page, 2002: 62-63).

Se anunciaba la universalidad de la salud pero con políticas económicas que condujeron a la pérdida del poder adquisitivo de la población, a la carencia de medicamentos en el mercado, al recorte presupuestario en el sector salud, con la consecuente disminución de la calidad de la atención, producto esto de la crisis económica y la instalación de una política sanitaria coherente con el modelo económico neoliberal (Page, 2002: 44), por tanto los servicios de salud estaban lejos de ser universales y, por ello, cobraban importancia para el Estado las prácticas médicas tradicionales.

El INI se convirtió en el brazo ejecutor de las políticas relacionadas con la medicina tradicional, se encargó de desarrollar la incorporación de los médicos tradicionales al SNS y en la mayoría de los Centros Coordinadores Indigenistas del país se promovió la formación de organizaciones de médicos indígenas, como en el caso de Chiapas: la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas A. C. (OMIECH ,1985), la Organización de Terapeutas Indígenas Tzeltales (ODETIT, 1986) y, posteriormente, la Organización de Médicos y Parteras Tradicionales de los Altos de Chiapas (OMPTACH,1994); Organizaciones que, en 1995, conforman el Consejo Estatal de Médicos Indígenas Tradicionales del Estado de Chiapas (CEMITECH). Lo que hace parecer visible una cierta “apertura” del gobierno federal hacia la participación de las comunidades en la asistencia a sus problemas de salud, siendo resultado del principio de *corresponsabilidad* para descentralizar los servicios públicos que son responsabilidad del Estado mexicano.

Con Salinas, la estrategia federal se desarrolló alrededor del Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL), programa de combate a la pobreza, donde se explicitaba la Atención Primaria de Salud, su estrategia de funcionalidad en zonas rurales e indígenas se caracterizó por el aprovechamiento de los mecanismos comunitarios donde:

[...] la asamblea y el trabajo comunitario fueron el instrumento por excelencia del PRONASOL. Bajo este programa se asignaron fondos para diversos rubros: escuelas, becas, créditos a la palabra, programas emergentes para café y maíz, clínicas, canchas deportivas, en fin, todo aquello que durante años habían sido demandas insatisfechas, y que la población consideraba necesario para la vida comunitaria (González Figueroa, 2002: 45).

Los recursos empleados en dicho programa provenían principalmente del Banco Mundial (BM). El destino de estos fondos fue fundamentalmente para la dotación de servicios y para proyectos a corto plazo, con dependencia del subsidio oficial y sin posibilidades de ser apropiados por los productores, ni de alcanzar la rentabilidad que los hiciera viables (González Figueroa, 2002: 69).

Se continuó con el programa IMSS-COPLAMAR, ahora como IMSS-Solidaridad, donde se planteó generar un cambio de actitud en el personal de la institución hacia la población indígena, además “*de contabilizar los recursos de la medicina indígena tradicional que había alrededor de las Unidades Médicas Rurales, facilitar la investigación de algunas plantas medicinales y poner a disposición de los terapeutas indígenas los recursos de la institución (suero, vacunas, etcétera)*” (Coordinación General del Programa IMSS-Solidaridad, 1992: 19, citado en: Page, 2002: 44).

El desarrollo de la política neoliberal continuó, en el sexenio de Zedillo (1994-2000), a través del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, se estableció que la política social estaría orientada a la población marginada, a las comunidades indígenas y a los grupos con desventajas para *integrarse al desarrollo*. Se realiza otra reforma al SNS donde queda estipulada la ampliación de los servicios mediante el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) donde se pretendía universalizar la atención a través del paquete básico, cuyos ejes fueron el programa de vacunación, nutrición y salud reproductiva; sobre este último eje, los recursos disponibles del sector salud se canalizaron principalmente al Programa de Planificación Familiar, programa que durante esta década se impulsó con más fuerza en el estado de Chiapas (Freyermuth, 2003: 47).

En el sexenio *zedillista* el INI disminuye considerablemente las acciones organizativas que desarrolló en años anteriores –principalmente en la década pasada- e IMSS-Solidaridad se convierte en el ejecutor de la política de salud relacionada con los pueblos indígenas.

Este cambio surge por el contexto social y político que vivió el país en 1994 a raíz del levantamiento armado en Chiapas, lo que llevó a un cambio en la política social y se

mantuvo a este estado como el laboratorio de las políticas públicas implementadas en otras regiones del país, regiones clasificadas como de pobreza extrema:

Los recursos que el gobierno federal destinó a Chiapas [...], se enfocaron en particular a algunas regiones, aquellas identificadas no sólo como de pobreza extrema por sus altos índices de marginación, sino también por ser los escenarios principales de conflictos sociales, profundizados a raíz del levantamiento zapatista. En particular [...] a las regiones Altos, Norte, Sierra y Selva y una **subregión, las Cañadas**, la cual se integra por [cinco municipios: Altamirano, Ocosingo, Trinitaria, Margaritas y La Independencia]. [...] las acciones del gobierno federal como del estatal [se dirigieron con] una política selectiva de atención a ciertos grupos [considerando como marginados y más vulnerables] (Reyes, 2002: 24) [subrayado mío].

Lo que llevó a practicar lo que se denomina *focalización de la política social*, donde la subregión las Cañadas vino a cobrar importancia en los años 1996-1998, Reyes (2002: 25) alude a tres aspectos por lo que esta subregión es considerada como foco de atención:

1) por altos índices de marginación de su población; 2) *sede espacial del movimiento armado zapatista, la llamada zona de conflicto* y 3) territorio en el cual se generó el fenómeno de los desplazados, es decir, de campesinos afectados por el conflicto armado y a quienes tanto el gobierno federal como el estatal se vieron obligados a dar respuesta [subrayado mío].

Para tales fines la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) puso en marcha en mayo de 1995, un programa emergente: *El Programa Integral de Desarrollo de la Región Cañadas 1995-2000*, el cual se puede considerar como el **laboratorio regional de la política social**.

Para instrumentar dicho programa se crearon, en 1996, los Centros de Atención Social (CAS), entendidos como un punto de vinculación entre el gobierno federal, estatal, municipios y comunidades, lo que se traducía en mayor control y ejecución de la política social. En cada región socioeconómica del estado se creó un centro regional. Para 1998, en la zona de las Cañadas se contaba con 23 CAS para atender a 685 localidades. Uno de los objetivos, si no el principal, del *Programa Cañadas* fue desactivar el sustento social del grupo armado a partir de la atención inmediata a los reclamos de las diversas organizaciones no integradas al EZLN, intentando paralelamente desactivar y fraccionar la participación de los integrantes del movimiento rebelde. Algunas organizaciones desplazadas a raíz del conflicto zapatista asimilaron el esquema de trabajo y recibieron apoyo (Velasco, 2002: 248). Además pudo instrumentarse porque retomó el esquema de



organización comunal de las propias organizaciones para, de esa manera, organizar la expresión de sus demandas ante instancias extracomunitarias; se pretendió aprovechar el capital social preexistente para legitimar las “instancias comunitarias de concertación” – intervención social del gobierno federal en la zona- y al mismo tiempo intentar que no se agravaran las tensiones internas entre militantes de diferentes corrientes políticas:

[...] el esquema de participación comunitaria estuvo influido de manera fundamental por el modelo organizativo de la Asociación Rural de Interés Colectivo Unión de Uniones (ARIC U de U), que se basa en la membresía por comunidad y en la concertación comunitaria en el seno de la organización (Velasco, 2002: 255-256).

El *Programa Cañadas* tuvo importancia estratégica, por ser el único canal de interlocución entre el gobierno federal y muchas comunidades de la región. Otro programa ejemplo de la focalización de la política social es el llamado *Programa de Desarrollo Humano Oportunidades* (Oportunidades), el cual inicia en 1997, posterior y en lugar del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA).

Este programa tuvo como objetivo apoyar a las familias que viven en condición de pobreza extrema con el fin de potenciar las capacidades de sus miembros y ampliar sus alternativas para alcanzar mejores niveles de bienestar, a través del mejoramiento de condiciones de educación, salud y alimentación (INMUJERES, 2008: 10). Programa dirigido principalmente a la atención de la mujer y a su familia, se otorgaban becas según el número de hijos en proceso escolar gubernamental, la cual aumentaba por los niveles escolares alcanzados; así como consultas de atención prenatal, atención al nacimiento y consultas de planificación familiar<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> Programas sociales de control, que en las mujeres se traduce en el control de la natalidad, asunto que ha tensado su aceptación en muchas regiones de Chiapas. Además se pretendió que dicho programa pudiera incidir en la disminución del índice de mortandad materna en el estado, ya que esto se ha convertido en un problema de salud pública, de ahí el impulso de éste y otros programas sociales dirigidos a la atención de las mujeres para pretender disminuir el índice de muerte materna. Chiapas es uno de los estados con alto índice en este caso -en 2008 la razón de mortalidad materna en el país fue de 57.2 (por 100 mil nacidos vivos), Chiapas ocupó el segundo lugar con 96.8-. Donde el riesgo de morir de una mujer que vive en zonas indígenas es ocho veces mayor que el total del país, esta causa de muerte ocupa el cuarto lugar como causa de muerte en mujeres en edad reproductiva (ver INMUJERES, 2008) y el cáncer cérvico uterino es la primera causa de muerte en estas mujeres. Las mujeres que viven en las áreas indígenas tienen 30% de probabilidad de morir por esa causa (ver OPS/OMS, 2007).

En este sexenio la salud comunitaria continúa con su objetivo asistencialista ahora con tintes claros de control de la población, mayoritariamente hacia la población indígena (control de la natalidad, de las organizaciones campesinas e indígenas, control en la zona de conflicto). La relación con los pueblos indígenas originarios continua siendo asimétrica, injusta y de muerte –biológica y social-.

Con Fox (2000-2006) se continuó por la misma brecha, que cada vez se tornaba más amplia y profunda. Este presidente de corriente panista propuso “democratizar” los servicios de salud pública y considerar las decisiones de los beneficiarios afectados, además, sostuvo que iba a asumir los Acuerdos de San Andrés Larráinzar<sup>31</sup>.

La política sanitaria en este periodo continuo con la demagogia gubernamental sobre la pretendida universalidad en la atención médica y servicios de salud, con tal propósito, en abril del 2003, el Congreso de la Unión acordó una reforma a la Ley General de Salud, para establecer el Sistema de Protección Social en Salud y su instrumento operativo, el *Seguro Popular*. Este programa tuvo y tiene como objetivo, porque aún continua, el de proporcionar protección social, mediante aseguramiento a aquellos sectores de la población que no cuentan con acceso a la seguridad social y, de este modo, instituir un sistema universal de salud (INMUJERES, 2008: 11) otorgando atención médica y medicamentos a la población que así lo solicite<sup>32</sup>.

---

<sup>31</sup> Ante la coyuntura política en el país y de cambio de partido en el nivel legislativo, la temática indígena cobró nuevamente fuerza en el debate político, este presidente ingresa a su gobierno con la propuesta de llevar a discusión ante la Cámara de Diputados y de Senadores la *Ley de derechos y cultura indígena*. Fue un sexenio que mediatizó la política y simuló un “cambio” que sólo fue de rostro y color de partido pero que en el fondo se reafirmó la política económica que fue practicada por sexenios anteriores haciendo una línea continúa.

<sup>32</sup> Cabe mencionar que en el mes de octubre de 2010, quien suscribe este escrito solicitó servicio en una de las clínicas del sector salud, para lo cual se me aclaró que debía tener una póliza que me otorgara el derecho a dicha atención. Dicha póliza, se tramitó –convirtiéndome así en estadísticas de dicho programa- y ya en consulta, después de que el médico ocupó la mayor parte de ésta en el llenado de formularios, realizó el chequeo rutinario de los síntomas que presentaba y pasó a expedir la receta sin explicar el diagnóstico ni el tratamiento para “curar” la enfermedad. En el momento de la entrega de la receta se me aclaró que no había medicamento alguno en la farmacia y que ya hacía 8 meses que esto sucedía, a lo que el médico agregó ¿cómo pretenden que demos servicio si no tenemos el medicamento? El responsable en ese momento de la farmacia, como en un acto de rutina, checó la receta e inmediatamente movió la cabeza diciendo que no había medicamentos y que yo los tenía que comprar, esto sucedió en paralelo a los spots de radio y televisión donde Calderón alababa su programa de salud Seguro Popular donde hablaba sobre la

Se diseñaron programas como: “vete sano y regresa sano”, Salud y Nutrición para los Pueblos indígenas, Arranque Parejo en la Vida (atención del embarazo, parto, puerperio y la atención a niñas y niños desde su nacimiento hasta los dos años de vida, que pretendió contribuir en la disminución de la mortalidad materna, neonatal e infantil), Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Programa de Atención al Envejecimiento, Programa Mujer y Salud y se continuó con el tan nombrado programa *Oportunidades*, al cual se le otorgó mucho más presupuesto, el cual:

[...] apoya a la población que vive en municipios con alta presencia indígena, con el propósito de elevar sus capacidades y ampliar sus alternativas para alcanzar mejores condiciones de vida. Mediante el componente de salud, proporciona un paquete esencial de servicios de salud gratuitos para todos los integrantes de la familia y sesiones educativas en materia de salud, nutrición e higiene para la promoción del autocuidado de la salud. En materia alimentaria el programa proporciona a las familias indígenas suplementos alimenticios para todos los niños y niñas con desnutrición entre los dos y cinco años, y a todas las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia. Adicionalmente, otorga apoyos en efectivo para complementar los ingresos de la familia y mejorar su alimentación (CDI, 2005: 35)<sup>33</sup>.

En el estado de Chiapas la política social *foxista* fue apoyada por el gobernador Pablo Salazar Mendiguchía (2000-2006) quien permitió que el estado fuera el “ojo de agua” de las políticas públicas federales en salud; incluso éste llegó a considerar a Fox como el “presidente de la salud”, ya que construyó la denominada “Ciudad Salud”, en Tapachula, Chiapas, que fue así nombrada por la construcción de un hospital de tercer nivel en ese municipio.

Con respecto a los pueblos indígenas y la salud comunitaria, sobre los primeros en 2001 Fox realiza la nombrada Reforma Indígena Constitucional, donde los pueblos, regiones y comunidades indígenas son burlados y no se reconocen sus derechos colectivos, los Acuerdos de San Andrés quedan fuera de la legislación y pasan a ser bandera de lucha y ejercicio de Autonomías *de facto* en muchas regiones indígenas del país. Se elaboró el Programa Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2001-2006, se crea el

---

universalidad de los servicios y de la entrega de medicamentos. Ello es ejemplo del borramiento de los derechos básicos de los mexicanos, como lo es el derecho a la atención a la salud.

<sup>33</sup>Se deduce el tiempo en que se recibe el programa *Oportunidades*, por familias indígenas de algunas comunidades del municipio de Ocosingo, pues en las carreteras se ven circular varios autobuses a la vez, repletos de gente; o en el municipio se ven cajas y cajas de suplementos alimenticios, que muchos de éstos, terminan como alimento de animales domésticos. Además, en este tiempo, se ven más hombres alcoholizados deambulando por la ciudad o en el transporte público.

Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI), se creó la Coordinación General de Educación Intercultural Bilingüe en la Secretaría de Educación Pública; se promulgó la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas en 2003 y, en ese mismo año, se creó la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), que vino a sustituir al INI y, con ello, tiene desde ese entonces a su cargo los Centros Coordinadores ahora denominados para el Desarrollo Indígena. La CDI tiene como propósito *‘instrumentar los programas, proyectos, estrategias y acciones públicas para el desarrollo integral y sustentable de los pueblos y comunidades indígenas’* (CDI: 2005) [subrayado mío]. Lo que hace ver la continuidad de políticas sociales con visiones indigenistas de mediados del siglo pasado. Se pretendió vincular la medicina tradicional con la medicina practicada en las instituciones de gobierno –en el informe de la CDI 2005 se considera a ésta como medicina institucionalizada-, el término interculturalidad pasa a terrenos de la salud, quedando sólo como formas para sensibilizar a profesionales de la salud y para incluirse en los planes curriculares de formación de personal en salud, con temáticas referentes a la medicina tradicional cuyo propósito es de que éstos conozcan otros modelos de salud y, así, puedan otorgar atención médica a la población rural e indígena del país desde un enfoque de “respeto”. Pero no se plantea el aprendizaje de esos otros modelos de atención para *articular los conocimientos médicos disponibles y necesarios* para la atención de la población mexicana.

Desde 2001 existe una Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural con muy escasa relación con los pueblos originarios. Existen cinco hospitales “mixtos” en el estado de Puebla, donde aparte de la biomedicina, se ofrece el servicio de terapeutas indígenas (Campos-Navarro, 2007: 6).

En el estado de Chiapas se considera la participación de las parteras y de los médicos tradicionales de los pueblos indios únicamente en coordinación con el personal del Sistema Único de Salud del Estado (Gobierno de Chiapas, 2002, Plan Desarrollo Chiapas 2002-2006, citado en: Leal, 2010: 62), y si éstos pertenecen a organizaciones o grupos. A nivel federal se creó la Norma de Competencia Laboral para Parteras con el propósito de fortalecer su capacitación y, con ello, mejorar la atención otorgada por las parteras

tradicionales, que lleva al control del ejercicio de la partería y a la transformación de esta práctica en una práctica médica institucionalizada.

Quedando así la salud comunitaria y la formación de personal en salud en contextos comunitarios como las formas de intervención social para responder a la demanda de salud, desde una visión instrumentalista, donde el personal de salud comunitaria se percibe como auxiliares o técnicos de la salud con capacitación o adiestramiento. El aspecto educativo en el terreno comunitario se ve únicamente como educación para la salud, donde no se considera la voz y el voto de los involucrados y, por tanto, no es de interés el trabajo de concienciación con la población para modificar las causas profundas de los problemas de salud local. Es decir, la formación de personal en salud en contextos comunitarios toma como centro la formación práctica, el *saber hacer*, sin considerar que los sujetos implicados son sujetos de opción y decisión.

Con Calderón, presidente actual de México (2006-2012), la política pública sigue el mismo rumbo y continua inmune, en el programa sectorial de salud 2007-2012 hace notar la línea vertical y continua de la política social implementada desde los años 80 en puntos como:

- Universalidad de los servicios de salud.
- La focalización de la política social, instrumentada por el *Seguro Popular*, las *Caravanas de la Salud* (unidades móviles y equipos de salud itinerantes) y el Programa IMSS-Oportunidades.
- Se continúa con la línea de *corresponsabilidad en la salud*.
- La simulación de una política intercultural e integral de atención de la salud de los pueblos indígenas.
- El incremento del conocimiento de la medicina tradicional y complementaria – con fines comerciales, biopiratería por ejemplo-.

Para clarificar el último punto y sobre la relación con los pueblos indígenas, es necesario citar textualmente uno de los objetivos del Plan Sectorial de Salud 2007-2012, dirigido a grupos prioritarios:

### 3.4 Pueblos y comunidades indígenas

Objetivo 15. ***Incorporar plenamente*** a los pueblos y a las comunidades indígenas al ***desarrollo*** económico, social y cultural del país con ***respeto a las tradiciones*** históricas y enriquecimiento con su ***patrimonio cultural*** a toda la sociedad. (Programa Sectorial de Salud 2007-2012, 2008: 5)  
[Subrayado mío].

Donde de manera clara se estipula la política a seguir, política de integración y desarrollo de mitad del siglo pasado que ve a los pueblos indígenas como objeto y patrimonio cultural, huella de un pasado y nulidad de un presente, donde los conocimientos tradicionales de los pueblos indígenas quedan negados para su enseñanza institucional en el currículo para la formación de los “profesionistas de la salud” y la formación de personal en salud comunitaria se concibe como la capacitación de los posibles auxiliares o técnicos de salud, con poca capacidad otorgada –sólo en nivel técnico- quienes se convierten en mediadores para la instrumentación de los programas de salud gubernamentales.

Mientras que la salud comunitaria pasa a ser aquella que personal de salud practica en contextos comunitarios, donde la participación de la población queda en el ámbito de su respuesta a la cobertura en programas de salud (vacunación o planificación familiar) o en pláticas e intervenciones de trabajo voluntario; sólo a nivel de ejecución negándoles el de dirección, planeación y organización de la salud local.

De ahí que recientemente, en los últimas tres décadas los pueblos indígenas se hayan organizado y llevado *de facto* sus derechos fundamentales, entre ellos la salud, y el crecimiento numeroso de las ONG’s, pues, la acciones de los niveles de gobierno en este ámbito continúan con el camino de la invisibilidad de los pueblos indígenas y del no reconocimiento a éstos como sujetos sociales.

Es por ello que cobran importancia las acciones que la sociedad civil y los pueblos organizados (campesinos e indígenas) llevan a cabo para resolver sus necesidades básicas, donde la salud comunitaria, la educación en salud y para la salud cobran su lugar donde los involucrados se conciben como sujetos.

Por ello, ahora se otorga cabida a las acciones en salud desde otros sujetos sociales y políticos: las ONG's y las universidades, especialmente la UAM-X.

### 2.3 Organismos No Gubernamentales

La participación de ONG u OSC (organizaciones campesinas, indígenas, estudiantiles...) en el quehacer político y social de nuestro país tomó mayor impulso en la década de los años 80 y 90, si bien, durante los años anteriores hubo movilizaciones contra la muerte y represión de estudiantes lo que dio origen a diversos movimientos de corte político-militar pero fue, en las décadas mencionadas, cuando la organización de grupos de la sociedad civil se amplió y diversificó<sup>34</sup>, muchos constituyéndose en figuras jurídicas como asociación civil, sociedad civil o cooperativa.

En un trabajo realizado por Medina (2003) se hace explícito el incremento excesivo de estas organizaciones en las últimas dos décadas: de 1325 en 1994; 5, 076 en 1995 a 12, 602 en septiembre de 2010 según el Registro Federal de las Organizaciones de la Sociedad Civil de SEDESOL. Son organizaciones que nacen ante la imposibilidad del Estado mexicano para responder a los problemas sociales, políticos y económicos que aquejan a la mayor parte de la población mexicana; realizando el trabajo que le corresponde al Estado, ahora mediado por su intervención (Medina, 2003).

La experiencia de las OSC en el ámbito de la salud comunitaria y de la educación en salud es diversa, sustentadas tanto en enfoques *asistencialistas* como de *cooperación colectiva* donde, en el primero, las regiones, pueblos, comunidades o grupos son objeto de proyectos de salud y, en los segundos –si bien, se inicia con trabajo asistencial, después, con la experiencia cotidiana y las *necesidades sentidas*<sup>35</sup> de la población local sobre los problemas de salud y sus soluciones, el trabajo se transforma en una práctica de cooperación colectiva-, donde los involucrados se reconocen como *sujetos sociales e históricos* y el nivel de participación *transgrede* la visión del voluntarismo o de la

---

<sup>34</sup> Ejemplo claro de la respuesta de la sociedad civil mexicana es la movilización por el temblor de septiembre de 1985.

<sup>35</sup> Categoría empleada en los discursos de ONG al referirse aquellas necesidades que surgen en el seno de las propias comunidades, necesidades que se vuelven exigencia y después acciones en el trabajo en salud comunitaria.

extensión de servicios –característico de los programas de salud gubernamentales- y se coloca en el nivel de la toma de decisiones, la planeación y ejecución desde y con los pueblos, donde, los involucrados deciden qué, cómo y cuándo construir un trabajo en salud, el cual, puede conformarse en un sistema o una red local de salud comunitaria (como ejemplos pueden mencionarse los trabajos del Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas (PSCMC), la intervención médico-pedagógica de SADEC y del Centro Nacional de Misiones Indígenas, CENAMI).

Existieron experiencias en salud comunitaria en nuestro país en las que la participación de las comunidades fue relevante y la visión social del proceso salud-enfermedad fue el sustento teórico-metodológico, complementado con la metodología de educación popular. Experiencias que, por su importancia y contribución en el campo de la educación en salud, principalmente, en la formación de personal en salud, merecen mencionarse; éstas se llevaron a cabo en los estados de Sinaloa, Hidalgo y Veracruz, a finales de los setenta y durante la década de los ochenta: el Proyecto Piaxtla, en San Ignacio, en la Sierra de Ajoya, Sinaloa y el trabajo realizado con la red de cooperativas de consumo en el estado de Hidalgo y en comunidades del sur de Xalapa, en Veracruz.

El primero dio como resultado la organización de comunidades campesinas, donde se fue *re-creando* una experiencia *autogestiva* y de *autoatención* en salud, con amplia participación social y política, experiencia que se convirtió en una de las pioneras en América Latina<sup>36</sup>.

De esta experiencia surgió la necesidad de compartir los conocimientos aprendidos, esto se objetivó en un par de libros que hoy en día son guía de trabajo en salud comunitaria, principalmente en la formación de trabajadores en salud. La experiencia se sistematizó y se enriqueció con el aporte de promotores/as de salud, lo que llevó a la materialización de los

---

<sup>36</sup> La necesidad de resolver los problemas locales de salud y, posteriormente, por la demanda de atención del servicio, es como se inician los trabajos en educación en salud y se empieza a trabajar en la capacitación de gente de la comunidad como promotores o promotoras de salud; trabajando, en paralelo, aspectos de la educación para la salud con las comunidades (saneamiento del medio, agua potable, letrización, etc.), es cuando, en la necesidad de resolver a fondo los problemas de salud local, se combinan los ámbitos de la salud y de la educación, donde la formación de personal en salud comunitaria viene a resolver la parte elemental convirtiéndose, así, en columna vertebral del trabajo en salud comunitaria.



libros *Donde no hay doctor. Una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos*, de David Werner y *Aprendiendo a promover la salud*, del mismo autor en coautoría con Bill Bower (1984). Este trabajo llevó a los involucrados a reconocer su capacidad de participación social y política ante la necesidad de resolver los problemas de salud local, sin embargo, el Proyecto Piaxtla no logró trascender hacia la esfera autonómica desde el área de la salud, si bien, se trabajó en la concienciación de las comunidades con respecto a sus problemas de salud, donde lo social cobró la importancia merecida para el diagnóstico y prevención de las enfermedades, lo que llevó a un trabajo profundo sobre las causas y razones de los problemas de salud y sus posibles soluciones.

Sin embargo, este proyecto no pudo continuar por situaciones que se presentaron en la zona: en los noventa llegaron instituciones y programas de salud gubernamentales con quienes se vivió una relación conflictiva, ya que, los promotores/as de salud recibían maltrato por parte del personal médico institucional, también en ese tiempo el narcotráfico hizo presencia en la zona, lo que produjo la desorganización de las comunidades. Por estas razones el proyecto no logró mantenerse, aunque se convirtió en un ejemplo de intervención, de participación en salud comunitaria y de educación en salud, del cual otras experiencias retomaron modos, metodología, visión y estrategias de enseñanza y aprendizaje en salud comunitaria, principalmente referentes educativos importantes para la formación de personal en salud comunitaria<sup>37</sup>.

Con respecto a la experiencia llevada a cabo en el estado de Hidalgo, con la red de cooperativas de consumo y, en comunidades del sur de Xalapa, ésta se objetivó en un método para la formación de promotores de salud, llamado *Salud, conciencia y organización. Método de formación de promotores de salud*; en el cual se hace explícito la visión, misión, propósitos, objetivos y contenidos a considerar para la formación de promotores/as de salud colocando a la medicina como *Medicina para la liberación*, donde la manera de entender la salud y la forma de practicarla van favoreciendo la conciencia y organización del pueblo para su liberación (García Ramírez, 1990: 35), es decir, una

---

<sup>37</sup> El trabajo de David Werner materializado en sus libros cobra importancia para la intervención pedagógica que realiza SADEC en la formación de promotores/as de salud y multiplicadores/as de salud autónoma.

medicina que permita que el pueblo se dé cuenta de los problemas sociales de salud e intervenga críticamente en las acciones para su modificación.

Método que fue resultado de la sistematización de nueve años de trabajo, realizado por el médico Hernán García Ramírez, quien participó en esta experiencia, y fue enriquecido por la participación de los promotores/as de salud de las comunidades donde se desarrollaron los trabajos. En este método, García Ramírez (1990), hace explícita su posición sobre la medicina y la utilización de ésta en contextos comunitarios. Medicina donde se integra el aspecto social y biológico del proceso salud/enfermedad, él considera que esta visión permite trabajar una *teoría médico social global*, la cual debe reconfigurarse desde la práctica, donde cobran importancia los procesos de enseñanza y aprendizaje tanto con el personal de salud comunitaria como con los pueblos, comunidades o regiones donde se interviene. Donde el objetivo es “*que el pueblo tome en sus manos ‘el control de la Salud’*”, es decir, la apropiación de la salud por parte de las comunidades y pueblos campesinos e indígenas.

Método que enuncia una capacitación más allá de la técnica médica, pues se trabaja en procesos de *concientización*, donde los sujetos amplían y cambian su modelo de interpretación de la realidad, por una nueva visión de la sociedad, del mundo y del hombre (García Ramírez, 1990: 59) <sup>38</sup>. Cuyo propósito se orienta hacia la organización, la planeación y la dirección de estrategias de salud desde y con los pueblos y comunidades involucradas, todo ello para modificar la problemática de salud local, es decir, que el pueblo tome en sus manos los problemas de salud y construyan un sistema y estructura en salud para resolverlos.

---

<sup>38</sup> El término concientización es utilizado por García Ramírez, el cual tomó importancia en el proceso de formación del personal en salud comunitaria. Categoría que acompaña el planteamiento pedagógico de Freire: la *concientización o concienciación*, la cual consiste en el desarrollo en esa toma de conciencia, la cual se torna crítica ya que el hombre comprende su posición dentro de su contexto histórico donde, por sí mismo, interioriza su papel transformador de la realidad y actúa sobre ella de manera organizada y colectiva. Mucho de lo realizado en salud comunitaria en las décadas de los ochenta y noventa están empapadas de los trabajos de educación popular que Paulo Freire venía realizando en el sur de América. Trabajo y propuesta educativa que se vuelve necesaria en la educación de grupos populares (campesinos e indígenas) en barrios, colonias, ciudades o en comunidades y regiones rurales, donde los involucrados se configuran como sujetos sociales conscientes de su papel transformador e histórico. Sujetos que se convirtieron en base, centro y dirección de importantes movimientos sociales en nuestro continente (para algunos ejemplos ver Baronnet, 2009).

La propuesta de formación de promotores/as de salud a través de este método deja en claro algunos de los aspectos con los cuales debe estar enfocada dicha preparación:

- Aspecto técnico-teórico, con capacitación técnica curativa (diagnostico, tratamiento y primeros auxilios) y el estudio y reflexión sobre los problemas de salud.
- Contenido social del proceso salud/enfermedad.
- Concientización de los problemas de salud (causas sociales).
- Organización de la participación comunitaria.
- Preventivo (promoción y educación para la salud).
- Recuperación de conocimientos populares sobre plantas medicinales.
- Colaboración con parteras, yerberos, curanderos y hueseros.
- Manejo de algunas técnicas educativas para multiplicación y socialización de los conocimientos.

Con respecto a este último aspecto, se considera el trabajo educativo en la formación de multiplicadores o educadores en salud, como un trabajo a mediano plazo donde los promotores/as de salud ya formados pueden compartir los conocimientos y habilidades aprendidas con sus iguales, sin embargo, este aspecto no tomó la importancia merecida para alimentar los procesos de autogestión y de autoatención en salud.

Durante el curso-taller de cada grupo de enfermedades –por su clasificación social<sup>39</sup>- o los talleres técnico-curativos, se practicó la metodología de educación popular enfocada al aspecto de la salud, configurándose, así, como *educación popular en salud*, donde:

[...] el problema de la salud y la enfermedad [se entiende], no sólo como un problema técnico que requiere únicamente de soluciones técnicas, sino como un problema político, por lo que enfrentarlo implica rebasar el campo exclusivo de la salud [...] Al hacer educación popular en salud, debemos contribuir a que la gente desarrolle la capacidad de examinar y analizar críticamente su situación, y que pueda darse cuenta de cuáles son las causas reales de la enfermedad. Implica también contribuir a la socialización del conocimiento en salud, con el fin de que las [comunidades y pueblos] se apropien del mismo para utilizarlo en su beneficio y puedan fundamentar la toma de decisiones. (Ulate, Jannette y Benno de Keijzer, 1985: 175, retomado en: García Ramírez, 1990: 48).

---

<sup>39</sup> Ver Anexo 4

En dicho método queda especificado el uso de herramientas pedagógicas, tales como: la Hoja de Control de la Salud, la cual permite objetivar, mediante un estudio, las enfermedades comunes de la población local y su clasificación social, para que con esto se programe y planifiquen las capacitaciones de los promotores de salud. Otras herramientas propuestas son: el Árbol del Pueblo Enfermo, el Juego de la Salud, el Manual de Salud Campesina, audiovisuales y una serie de Canciones de Salud. Los elementos necesarios para todo curso-taller se centraron en: el diálogo horizontal, el trabajo colectivo, la relación de los temas con las experiencias personales y el manejo de grupos; con técnicas educativas como: el cuento, la narración, la exposición, la historia generadora, el sociodrama, el teatro guiñol, las dinámicas, el uso del franelógrafo, el papelógrafo, entre otras; además, la elaboración de folletos, entrevistas, redacción de noticias, producción de programas radiófonos y elaboración de canciones.

La experiencia médico-educativa que vivieron todos los involucrados en este proyecto de salud ha permitido hoy, que otras organizaciones, que otros sujetos sociales conozcan una guía de intervención donde la formación de personal en salud comunitaria pasa a ser el eje vertebral de todo trabajo en salud, más allá del simple nivel asistencial, pasando a otro de participación colectiva, comunitaria y política donde se reconoce a los involucrados como sujetos históricos que pueden transformar su realidad.

Este trabajo es un ejemplo y guía para otras organizaciones como: el Centro Nacional de Ayuda a las Misiones Indígenas, A. C. (CENAMI), quien trabaja con comunidades indígenas y campesinas, el cual nace como asociación civil en 1962 y cuyo presidente actual es Monseñor Rafael Vera López, Obispo de Saltillo. Este centro acompaña a comunidades y pueblos indígenas en la construcción de sus proyectos de vida, desde la *Teología India* y la *Pastoral Indígena*, donde se tiene como sujetos activos a las comunidades indígenas:

Son ellas las que, ayudadas por sus servidores pastorales, retoman sus culturas, sus valores, su mundo mítico-simbólico, para reafirmar su identidad y participar activamente dentro de la Iglesia y de la sociedad mexicana. Es ésta la que llamamos *Pastoral Indígena*, llevada a cabo *por indígenas*

*para los indígenas [...] Cenami facilita el proceso de sujetos, grupos, organizaciones, comunidades y diócesis para alcanzar los objetivos de su propio proyecto histórico*<sup>40</sup>.

Su trabajo comunitario se divide en siete áreas, de las cuales, lo que corresponde a Salud Comunitaria, se integran los diferentes aspectos de la vida comunitaria, ya que en la realidad estos aspectos están muy relacionados con el concepto salud-enfermedad<sup>41</sup>.

Área en la que se abordan los siguientes temas:

- Identidad cultural y religiosa de quienes sirven en procesos de salud comunitaria indígena
- Análisis de la biopiratería y estrategias de defensa de la medicina tradicional
- Recuperación, conservación y procesamiento de plantas medicinales
- Análisis de la situación de la salud, local, nacional y mundial
- Temas coyunturales que afectan a la salud comunitaria indígena
- **Capacitación a promotores de salud comunitaria**
- **Capacitación a educadores populares en salud comunitaria**
- Orinoterapia (medicina agradable) [subrayado mío]<sup>42</sup>

CENAMI trabaja con tres sujetos sociales: indígenas y campesinos promotores de salud en comunidades indígenas y campesinas; así como con agentes de pastoral que acompañan procesos de salud y organizaciones de salud a nivel regional y nacional. Sus regiones de trabajo se encuentran en los estados de Oaxaca, Veracruz, Puebla, Chihuahua, Chiapas, Guerrero, Tabasco, Hidalgo, entre otros. Es un centro muy reconocido y respetado por el trabajo que realiza, se ha involucrado en la formación de promotores/as de salud desde 1985<sup>43</sup>, un ejemplo de este trabajo puede verse en Matesanz (1996), donde con el acompañamiento de este centro se formó un grupo de 30 promotores, de 15 comunidades de la Sierra Alta de Hidalgo, en un proyecto creado con Comunidades Eclesiales de Base (CEB), denominado: *Proyecto de Capacitación para la Salud Comunitaria*, llevado a cabo con una metodología educativa que pretendió fortalecer al sujeto social, su participación y conciencia crítica (Matesanz, 1996: 22). Donde cobró mucha importancia el trabajo de formación de educadores en salud. La metodología empleada se sustentó en los

---

<sup>40</sup> Ver CENAMI. (n.d.). Página web: Centro Nacional de Ayuda a las Misiones Indígenas, A. C. Consultado el 22 de diciembre de 2010. Disponible en: <http://cenami.org>

<sup>41</sup> *Ibidem.*

<sup>42</sup> *Ibidem.*

<sup>43</sup> Centro que cobra importancia para este estudio ya que es ahí donde miembros actuales de SADEC, principalmente su coordinador de capacitación, se formó en metodología educativa.

planeamientos pedagógicos de la educación popular, en el estudio de las causas sociales de las enfermedades y se utilizó el sistema modular como estructura pedagógica:

Los contenidos se estructuraron y ordenaron de acuerdo a la clasificación de las enfermedades según sus causas sociales y según objetos de transformación -vivienda, agua potable, trabajo, etc.-, a partir de los cuales se va desarrollando la actitud crítica, una reflexión teórica, que vuelve a la praxis. Los módulos actúan a partir de temas generadores que conducen a situaciones educativas (Matesanz Ibáñez, 1996: 30).

Experiencia que permite reafirmar la línea a seguir de algunas intervenciones en salud comunitaria y educación en salud, a partir de la participación de la sociedad civil: abordar la problemática del proceso salud/enfermedad desde la visión social de sus causas, en combinación con sus razones biológicas, el empleo de la metodología de la educación popular donde los involucrados son considerados como sujetos sociales quienes pueden transformar la realidad con conciencia crítica; el uso del sistema modular como estructura del plan de formación, donde los objetos de transformación son guía para la intervención en salud; la consideración sobre otro tipo de medicinas, como lo es la tradicional, así como el empleo de técnicas curativas alternativas (acupuntura, masajes, orinoterapia) y medicamentos naturales, y lo más importante, que consideran que los pueblos y comunidades deben tomar en sus manos el proceso salud-enfermedad.

Las experiencias mencionadas son algunas participaciones importantes de ONG's en los ámbitos de la salud comunitaria y educación en salud en nuestro país, ahora, plantearemos algunos de los trabajos realizados por OSC en el estado de Chiapas que, sin lugar a dudas, todos ellos se interconectan al tener aspectos comunes en la intervención en salud comunitaria<sup>44</sup>.

En Chiapas por el contexto de represión –sobre todo el período de Absalón Castellanos (1982-1988)-, despojo, muerte –por enfermedades curables o por parto-, por los desplazados y refugiados de guerra, por el continuo cacicazgo, por la continua pobreza y marginación en que se mantiene a la población y por la incapacidad de resolución de los

---

<sup>44</sup> Tales como: educación en salud, promoción y prevención de la salud –educación para la salud-, el vínculo educación/salud/política, teniendo como herramienta metodológica la educación popular, el sistema modular, técnicas participativas y comunes a la dinámica sociocultural de las comunidades y pueblos indígenas y campesinos donde intervienen.

programas sociales implementados por los diferentes niveles de gobierno, por esa indignación acumulada es que entran a la escena social y política las organizaciones de la sociedad civil, grupos de campesinos, indígenas o religiosos que orientaron su lucha por las necesidades básicas y derechos fundamentales de los pueblos y comunidades de Chiapas (tenencia de la tierra, derechos humanos, salud, alimentación, vivienda, educación, comercio justo, etc.); así como, por las problemáticas contemporáneas, como la situación de la mujer y los derechos colectivos de los pueblos indígenas. Algunas de estas organizaciones buscaron desarrollar las capacidades de las comunidades en un marco de respeto y solidaridad realizando trabajos en la formación de promotores, donde el trabajador comunitario pasa a ser, de *objeto* de políticas públicas a ser un *sujeto histórico-político*.

Como ejemplo de ello, se crearon organizaciones de médicos indígenas tradicionales al margen de las instituciones de gobierno y, en ocasiones, con cierto nivel de colaboración con ellas, pero siempre con la exigencia de ser reconocidos como sujetos de cualquier acción indigenista. Organizaciones que trabajaron y lucharon por que la medicina tradicional fuera reconocida, apoyada, respetada y utilizada como respuesta a los problemas de salud de la población indígena (OMIECH, ODETIT, OMPTACH).

También se conformaron organizaciones campesinas e indígenas que se preocuparon por que sus miembros pudieran acceder a servicios básicos como lo son la salud y la educación con gente de los propios pueblos, tal es el caso de la organización *Unión de Ejidos K'iptic ta Lecubtesel* (Unidos para nuestro Progreso), que nació después del primer Congreso Indígena en Chiapas (1974), formada por campesinos tzeltales en 1975; organización madre de todas las demás uniones ejidales que se conformaron, principalmente en la región nombrada anteriormente como Selva Lacandona.

Esta organización nació desde una experiencia organizativa anterior, el de las Comunidades Eclesiales de Base (CEB) y, posteriormente, en 1980, tejió alianzas con otras dos organizaciones indígenas-campesinas: Tierra y Libertad de Altamirano y Lucha Campesina de Margaritas, con quienes se amalgamaron para formar una organización suprarregional: *Unión de Uniones* (UU), que en años posteriores integraría también a

organizaciones de las zonas Norte y Altos del estado. La Unión de Uniones sería durante los años ochenta y principios de los noventa la organización indígena-campesina de corte independiente más grande en el estado de Chiapas, llegando a representar a más de 12 mil familias, de 200 comunidades distribuidas en once municipios de la entidad (González y Gamboa, 2010: 73).

Organización que buscó dar continuidad a la lucha por la tierra y dar solución a las necesidades básicas de sus comunidades, que en el campo de la salud buscaron que se formara personal de las propias comunidades para atender los problemas locales.

Pero ante el contexto de mayor agravio en el estado hacia la reproducción de la vida de los pueblos y comunidades indígenas y campesinas y el agotamiento de las vías políticas para su solución; es como crece dentro de la UU la idea de una solución armada –como opción última pero necesaria, principalmente de quienes formaban en la clandestinidad el EZLN-, con lo cual se originaron controversias y conflictos internos con lo que la Diócesis de San Cristóbal, que tenía un fuerte trabajo de base con las comunidades y pueblos de la Selva, respondió con la creación del grupo denominado *Slop* (raíz):

[...] cuya finalidad era reorientar políticamente a los diáconos indígenas para que condenaran la vía armada dentro de las comunidades, sin que los clérigos la condenaran de manera pública y abierta. Al mismo tiempo impulsa la conformación de nuevas organizaciones sociales en la zona bajo una tutela directa de las misiones y parroquias, con la finalidad de canalizar las legítimas demandas de los pueblos, pero sin el riesgo de que se generara un proceso radical a su interior que conllevara a discutir la vía armada. Es por ello que se vio el fortalecimiento de organizaciones de corte indígena pastoral [Xi'nich, Yomlej...] (González y Gamboa, 2010: 78).

Lo que provocó una ruptura interna, principalmente con el EZLN, y algunos dirigentes fueron cooptados por el Estado, oficializando a la UU a través de la figura jurídica de Asociación Rural de Interés Colectivo Unión de Uniones (ARIC-U U) vinculándola con la Confederación Nacional Campesina (CNC). La ahora ARIC-UU nació en 1988, abarcó regiones de Ocosingo, Margaritas y Altamirano. En 1989 en relación con el gobierno estatal, esta asociación crea un proyecto para formar “maestros comunitarios”, en un esfuerzo por remediar parcialmente las vergonzosas lagunas en el sistema educativo oficial. También suscribió convenios de apoyo técnico con la Universidad Autónoma de



Chapingo y estableció un sistema eficiente de comunicación intercomunitaria por medio de la radio (De Vos, 2002: 42).

En 1993 la misma organización coordinó talleres de capacitación con promotores, promotoras de salud y parteras, asistencia médica y entrega de medicamentos en conjunto con el INI, trabajaron en 150 comunidades en vínculo con el Programa de Salud Comunitaria Marqués de Comillas (PSCMC)<sup>45</sup>, que caminaba también junto con dicha institución gubernamental. ARIC-UU, fue una organización la cual los gobiernos tanto federal como estatal quisieron controlar, acto fallido pues la solución a la problemática indígena y campesina ya estaba consensada por miles de pobladores, la cual se inclinó hacia la medida última pero necesaria: el levantamiento armado<sup>46</sup>.

Los trabajos y acciones en salud comunitaria y educación en salud continuaron abriendo brecha, intervinieron también organizaciones como Promoción de Servicios de Salud y Educación Popular (PRODUSSEP), la cual nace con personas vinculadas a trabajos cristianos que se van aglutinando a razón del Movimiento Nacional Popular de Salud, en el contexto de la lucha revolucionaria que se daba en Centroamérica, una de sus actividades principales fue la capacitación de promotores en salud para la población marginada y para sectores organizados de mujeres, colonos, campesinos e indígenas. Tuvo presencia en varios estados de la República, principalmente en el Distrito Federal, Veracruz y Chiapas. En el caso del sureste:

En 1987, se decide la formación de diferentes zonas. Lo que se divide es la formación de tres zonas de PRODUSSEP: Zona Centro, la Zona de Veracruz y la Zona Sureste. La Zona Sureste conformada por los grupos presentes en Chiapas, Quintana Roo y Campeche, se formaliza tal cual como zona sureste de PRODUSSEP, en diciembre de 1997 (Entrevista G. G. S., San Cristóbal de Las Casas, mayo 1999 citada en: González Figueroa, 2002: 129-130).

---

<sup>45</sup> El cual viene a ser parte importante de esta investigación ya que es el primer momento de la experiencia pedagógica que hoy configura a SADEC.

<sup>46</sup> Organización que después del levantamiento armado del 94 se fracciona en la ARIC-Independiente y Democrática, la ARIC-oficial y la ARIC-UU (González Figueroa, 2002: 81) y muchos otros se colocan visiblemente como miembros y base de apoyo del EZLN. A las diferentes fracciones del ARIC el gobierno federal en turno quiso controlarlas, logrando que sus miembros recibieran los “apoyos” e instrumentaran los diferentes programas sociales dirigidos hacia la zona. Como el Programa *Las Cañadas*, implementado por Zedillo, además que se retomó mucho del modo de participación comunitaria para implementar dichos programas.

PRODUSSEP-Sureste conforma una red de grupos de salud, donde se juntan varias organizaciones vinculadas a la Diócesis de San Cristóbal como: OMIECH, el Dispensario Médico de Las Margaritas del cual surge Equipo de Apoyo en Salud y Educación Comunitaria (EAPSEC), la Organización de la Salud Indígena de los Altos de Chiapas (OSIACH), el Sistema de Salud Comunitaria ‘Nuestro Salvador’ (SISCONUS) y el Grupo de Mujeres de San Cristóbal. PRODUSSEP-Sureste fue importante en la región Sierra, Frontera, Altos y Marqués de Comillas. Los grupos que la conformaron se dedicaron, en su mayoría, a acompañar y a capacitar a refugiados guatemaltecos, aunque hubo varios dedicados al trabajo de salud con población mexicana. En ese sentido, la construcción de infraestructura como la clínica en Poza Rica, municipio de Las Margaritas, la clínica en el ejido Morelia de Altamirano o la de la comunidad de La Garrucha en Ocosingo<sup>47</sup>, son ejemplos de este aporte en la situación de salud de la región (González Figueroa, 2002: 130). Es así como vemos que el trabajo de la Diócesis de San Cristóbal y, del obispo don Samuel Ruiz, fue parte fundamental del trabajo en salud comunitaria y en educación en salud, con las comunidades y pueblos de Chiapas<sup>48</sup>, siguiendo la guía de la *Pastoral Indígena* y, según De Vos (2002) guía de la *Teología de la Liberación*<sup>49</sup>, donde:

[...] el evangelio es interpretado como un mensaje de salvación integral del hombre, incluyendo en ella la lucha por sus derechos sociales y políticos [...] no sólo *escuchar la palabra de Dios*, sino también *leer los signos de los tiempos* [...] analizar su propia realidad de campesinos indígenas marginados, en el ámbito local, estatal y nacional (De Vos, 2002: 39).

Una de las organizaciones que nace en el seno de la diócesis es el Centro de Derechos Humanos Fray Bartolomé de Las Casas (Frayba), fundado en 1989, que tiene como eje de trabajo la defensa y promoción de los Derechos Humanos y, con ello, la

---

<sup>47</sup> Ahora nombrada *Clínica Jesús de Buena Esperanza*, ubicada en el Municipio Autónomo Rebelde Zapatista Francisco Gómez y que cobra importancia en el Sistema de Salud Autónomo Zapatista en el Caracol de la Garrucha, pues, es donde llegan pacientes de diferentes comunidades de la región, zapatistas o no para ser atendidos por el personal de salud comunitaria que labora ahí. La intervención de PRODUSSEP en el ámbito de la salud y, principalmente, en el de la educación en salud es de vital importancia, pues, es bajo esta propuesta de educación popular (inspirada en los trabajos y propuesta de educación popular de Paulo Freire) dirigida al ámbito de la salud, en la cual socios actuales de SADEC se formaron y, ahora, pasa a configurar como parte importante de la intervención educativa que realiza SADEC con personal de salud en zonas autónomas.

<sup>48</sup> Existen otros trabajos de grupos cristianos como: Pan Para Todos, Puente de Ayuda, Heks, Caritas Suiza y Acción Cuaresmal de los Católicos en Suiza, entre otros que, posteriormente se conformaron como ONG's.

<sup>49</sup> El Obispo Don Samuel Ruiz considera la teología construida con los pueblos y comunidades indígenas y campesinas como Teología India, ver capítulo 4 de esta investigación.

intervención en otras áreas sociales como es la educación y la salud, donde se realizan trabajos con promotores y promotoras. Otro centro que, de igual manera, nace de la mano de ésta diócesis es el Centro Indígena de Capacitación Integral “Ya j-yantestik te balmilal, ja'nax mayuc meta tsakel stalel ya'tel ajualiletik”: Fray Bartolomé de Las Casas (CIDECI Las Casas A. C.) creado en 1989 por el Dr. Raymundo Sánchez Barraza, donde lo importante es la formación de jóvenes indígenas en una práctica pedagógica de *aprender haciendo, aprender a aprender y aprender a ser más*, en sus propias palabras:

El principio pedagógico que orienta, en un primer momento, nuestro quehacer es el ‘aprender a hacer’, luego, el ‘aprender a aprender’ y luego, la parte profunda formativa, la consideración del "otro" en su integralidad: el ‘aprender a ser más’ (Paget-Clarke, 2005).

Además reitera el sentido indígena del centro, *‘es un centro indígena, en su hacer, en su definición, en su modo de trabajar, en sus componentes, en quienes lo integran’*, jóvenes de diferentes pueblos del estado (en su mayoría de origen tzotzil, tzeltal, chol y tojolabal) o de otros lugares como Oaxaca, Yucatán o Guatemala. Jóvenes que albergan en el centro durante su formación y que, posteriormente, regresan a su comunidad de origen en una reciprocidad de acciones, ya que el centro y la comunidad, así como la familia de los estudiantes colaboran por que éste desarrolle trabajo colectivo/comunitario en su lugar de origen a partir de lo aprendido en el centro.

Proyecto educativo que, a partir de su creación, se ha ido ampliando y diversificando desde una línea de acción definida: la apuesta por la creación de otra manera de comprender el mundo y actuar en su transformación, sin la intervención del Estado-Poder. El cual es hoy nombrado como: Sistema Indígena-Intercultural de Aprendizajes y Estudios: Abya yala “scotol ansetik-viniketik ja’ utik jchanub’ tasbanejutik, xchu’ uc jsa’ banejutik ta sventa xchambenal” (SIIDAE- “Abya Yala”), donde se encuentra integrado el propio CIDECI-Las Casas, A. C., el cual queda como origen, sustento y fundamento<sup>50</sup>.

Esfuerzos de muchos, donde la formación educativa de las y los jóvenes indígenas es fundamental, que en el campo de la salud se combina tanto con la estructura material del

---

<sup>50</sup> Consultar Anexo 5, sobre los centros, la universidad y sociedad cooperativa que hoy componen el proyecto CIDECI, el cual se ha convertido en un sistema educativo singular en el país.

centro como en su estructura curricular donde todo: alimentación, construcción, mantenimiento de las instalaciones y su relación con la naturaleza cobra importancia para la generación de salud y la ausencia de enfermedad (equilibrio energético cuerpo-salud-territorio). Que en el plano curricular se traduce en talleres de enfermería y herbolaria donde se forma a indígenas quienes deciden, por interés, participar en ellos.

Aunque, es primordial la formación y capacitación de la población indígena el CIDECI-Las Casas, A. C., abre sus puertas a diversos sujetos sociales que se movilizan en contra del sistema social y económico imperante, ya que, en las mismas instalaciones del centro se encuentra la Universidad de la Tierra, donde los jóvenes estudiantes (indígenas y no indígenas) participan en seminarios de análisis social de las problemáticas y luchas *antisistémicas* junto con otros grupos de jóvenes de diferentes nacionalidades. Cuenta también con talleres de arte –bordados, tejidos, zapatería, estructuras-, granjas integrales, hortalizas, desarrollo de tecnología sustentable, agroecología y agricultura orgánica<sup>51</sup>. Este centro está ubicado actualmente en el camino viejo a San Juan Chamula, en San Cristóbal de las Casas; el Dr. Raymundo Sánchez Barraza es su actual coordinador general quien, al inicio del conflicto armado, colaboró como asesor de Don Samuel y formó parte de la Comisión Nacional de Intermediación (CONAI) (González Figueroa, 2002).

Otra ONG con tradición en trabajos con comunidades indígenas y campesinas es, Fomento Cultural y Educativo A. C., es una de las primeras asociaciones impulsora de la educación popular en la región selvática. Creada en el municipio de Chilón, por jesuitas a inicios de los 80 (Baronnet, 2009), su trabajo en Chiapas se ubica en la parte Noreste de la Selva, donde acompañan a grupos choles, zoques y tzeltales, que viven en situación de pobreza, marginación y amenaza, grupos pertenecientes a organizaciones que integran la Coordinadora de Organizaciones Sociales Indígenas XI'NICH, compuesta principalmente del Comité de Defensa de la libertad Indígena, y Tsoblej Yu'un Jwocoltic. Parte del trabajo de esta asociación se ubica en salud comunitaria, donde forman a promotores/as de salud a través de talleres y cursos, coordinan junto con las comunidades encuentros y foros locales y regionales para alimentar la equidad de género, la identidad cultural y autogestiva y celebrar eventos con música, danza y representación simbólica en sus lenguas y

---

<sup>51</sup> Consultar Anexo 6, organigrama del SIIDAE-“ABYA YALA”.

costumbres. Hacen uso del método Campesino-Campesino, con el cual se intercambian experiencias afines con otras comunidades, así como de la Metodología Participativa<sup>52</sup>.

En Chiapas, las décadas de los ochenta y noventa son ejemplo de la intervención de muchas ONG's en la problemática social y política que, a raíz del levantamiento armado de 1994, muchas de ellas tomaron partido a favor o en contra del movimiento, incluso algunas consideraron las demandas del grupo armado como bandera de lucha. Muchas se reorientaron, incluso, construyeron alianzas para intervenir en la solución del conflicto:

[...] las ONG en Chiapas se aglutinaron con el objetivo inicial de 'detener la guerra (sic), dar seguimiento a la violación de los derechos humanos de la población civil y para exhortar al diálogo entre las partes en conflicto, y finalmente dar franco apoyo a las demandas del movimiento zapatista' (García 1996:38 citado en: González Figueroa, 2002: 93).

De ahí que se haya constituido la Coordinación de Organismos No Gubernamentales por la Paz (CONPAZ)<sup>53</sup>, quienes organizaron la "*Primera Caravana por la Paz y los Derechos Humanos*"<sup>54</sup>. Cuyos propósitos iniciales fueron contribuir a la búsqueda de una paz justa y duradera en el estado y proporcionar ayuda humanitaria a las comunidades afectadas por el conflicto (González Figueroa, 2002), que en salud se procuró la atención a través de consultas médicas, adquisición de equipo y dotación de medicamentos. Posteriormente, se plantearon metas a largo plazo en las cuales se tuvo contemplado el aspecto educativo y el de la salud, para rebasar la barrera del "asistencialismo social" y pasar al de cooperación colectiva. El proyecto no continuo, CONPAZ se disolvió en noviembre de 1997 y las ONG que la componían se empezaron a re-articular.

---

<sup>52</sup> Ver Fomento Cultural y Educativo, A. C. Página web: Acción social de los jesuitas. (n. d.). Consultado en diciembre de 2010. Disponible en: <http://www.sjsocial.org/fomento/proyectos/plantilla.php?texto=selva>

<sup>53</sup> Entre quienes la integraron se encuentran: Chiltak, A.C., Centro de Información y Análisis de Chiapas (CIACH), CHUL-TOTIC, A.C., Grupo de Mujeres de San Cristóbal de las Casas, A.C., J'MOLTATIC, A.C., Promoción de Servicios de Salud y Educación Popular, A.C. (PRODUSSEP), Comité Cristiano de Solidaridad para Refugiados, A.C., Salud y Desarrollo Comunitario (SADEC) entre otros.

<sup>54</sup> Se trató de una visita de observación a las zonas bombardeadas aledañas a San Cristóbal de las Casas y Ocosingo.

A la mitad de la década de los noventa nace el colectivo que otorga rostro a nuestra investigación: Salud y Desarrollo Comunitario (SADEC), que inicia trabajo con las comunidades en resistencia en 1995 con la firme convicción de participar ante la emergencia por la situación de conflicto; se logró que las autoridades zapatistas aceptaran la colocación de un puesto de salud en la clínica ubicada en la comunidad de Las Tazas<sup>55</sup> con el apoyo de la organización Médicos del Mundo España (MME). Posteriormente, ya como asociación civil<sup>56</sup>, los trabajos fueron tomando su lugar conforme a tiempos, espacios y estrategias que las autoridades comunitarias y municipales, junto con SADEC, fueron acordando, ante la necesidad de crear los primeros cimientos para la construcción de la *Autonomía Zapatista*<sup>57</sup>.

El caminar de SADEC en comunidades zapatistas pudo darse por el trabajo en salud que sus miembros habían tenido anteriormente en el estado, una intervención congruente donde los conceptos de medicina social, participación comunitaria y educación popular vinieron a dar sustento. Si bien, los integrantes de SADEC (promotores/as de salud y médicos/as de la UAM-X) se formaron en un trabajo anterior que realizaron en la zona de Marqués de Comillas<sup>58</sup>, llevando a cabo un programa de salud, el PSCMC, el cual se desestructuró en 1995 cuando pasó a manos de la Secretaría de Salud (SSa). En el andar de este programa se reconocieron las capacidades de intervención social y política de las

---

<sup>55</sup> Es en la región Selva donde SADEC inicia su trabajo, principalmente en las Cañadas de Ocosingo. En esta comunidad el grupo ya tenía reconocimiento, pues había realizado 2 años antes trabajo en salud en coordinación con el INI y la ARIC "Unión de Uniones", donde muchos de los promotores ya formados ahora eran parte de las filas de promotores y promotoras de salud autónoma.

<sup>56</sup> SADEC adquiere figura jurídica en 1996, la cual surge ante la necesidad de sus integrantes de convertir una línea de intervención social en el ámbito de la salud comunitaria y de la educación en salud en una espiral continua con claridad en el actuar, siguiendo en la constante: aprender en el *estar con* las comunidades.

<sup>57</sup> Los pueblos zapatistas, ante la necesidad de ejercer en los hechos todas las demandas fundamentales para continuar viviendo, inician la construcción de su Autonomía escuchando la voz de cada miembro de *la Organización* y de la sociedad civil quien, al surgir como elemento importante después de los días de combate, figura como puente entre el proyecto zapatista, el Estado y el resto del mundo. Con respecto a la categoría *Organización*, si bien, la base sustancial del EZLN son los pueblos indígenas y campesinos, éstos – más allá de su identidad étnica que estructura y alimenta la cotidianeidad histórica- se perciben dentro de una **identidad abarcativa** (Bartolomé, 2003): *la Organización*; toda persona dentro de *la Organización* es nombrado como *compa*, sinónimo de compañero de lucha y resistencia, integrando la categoría de *hermano*, quienes son todas y todos aquellos que comparten espacios y tiempos específicos sin importar tipo de organización política. La noción de hermano está ligada más al concepto religioso de que todos(as) somos hijos de Dios.

<sup>58</sup> Por la importancia que se merece, el siguiente capítulo se estructura básicamente con el camino andado de esta asociación, trabajo que nos permitirá comprender, posteriormente, su experiencia pedagógica que se re-crea en un hacer cotidiano junto con el proyecto autónomo de salud zapatista.

comunidades y se logró caminar y sustentar toda una estructura de salud, donde lo fundamental fue que las comunidades pudieron tener en sus manos una red de salud, así como la formación de su personal en salud comunitaria; experiencia que pasa a ser el origen, y primer momento, de un proyecto pedagógico en salud comunitaria, donde los involucrados son reconocidos como sujetos sociales e históricos.

Experiencia que conforma, hoy en día, mucho de la estrategia metodológica de SADEC, en su intervención en la formación de personal en salud comunitaria en zonas autónomas; un caminar de 16 años con los pueblos y comunidades autónomas y 27 años de intervención en salud comunitaria y educación en salud en el estado.

SADEC es una asociación que tiene como objetivo realizar proyectos de desarrollo comunitario con y desde las comunidades involucradas, participando como sujeto social que acompaña los procesos de salud autónoma desde el nivel que los propios pueblos le solicitan. El ejercer el derecho a la salud desde las necesidades, contextos y capacidades de las comunidades sin la intervención de los niveles de gobierno municipal, estatal y federal; ha venido a solucionar parte de la problemática sanitaria (en un primer nivel) que condiciona históricamente la vida de la población, realizando el trabajo que el Estado les negó. Asociación que es acompañada por organizaciones internacionales y nacionales como Médicos del Mundo España y, en su momento, la “Caravana para todos todo”.

En esa década, los noventa, también se crearon otras tantas organizaciones que aprovecharon la coyuntura política y el interés y los ojos puestos en el estado, algunas de ellas con trabajos honestos de participación social en conjunto con las comunidades y, otras, sólo con la máscara de la simulación, donde las comunidades fueron objeto de proyectos indigenistas instrumentadas desde ONG’s –la Red Internacional de Mujeres: Lilla tiene registradas, en su publicación de 2009, a 62 ONG dedicadas al trabajo con mujeres en el estado de Chiapas (Red Internacional de Mujeres Lilla, 2009)-.

Se conformaron, también, organizaciones desde el seno de las propias comunidades, las cuales fueron puente entre la sociedad civil y las bases de apoyo zapatistas, tal es el caso de Enlace Zapatista (EZ) formada en 1996, que nace bajo el mando de las propias comunidades con diferentes líneas de acción, entre ellas la asistencia en salud y educación,

pero que actualmente colabora en la creación de proyectos sociales y productivos en zonas autónomas.

El conflicto armado de 1994 y la respuesta de la sociedad civil –como la movilización del 12 de enero en la que se exigió el cese al fuego y la búsqueda de un diálogo político para la solución al conflicto- así como la misma política social del gobierno federal estuvo enfocada hacia la zona controlada por la organización político-militar, se realizó mucha inversión en el estado tanto de organismos internacionales como de la cartera gubernamental para quitar “el agua al pez” y poder retomar el control de la zona. Es por ello que el gobierno federal permitió el nacimiento de muchas organizaciones de la sociedad civil.

Para González Figueroa (2002: 102-103) estas organizaciones son consideradas como:

[...] el espacio en donde, de manera frontal, los ciudadanos buscan canalizar demandas sociales, económicas y políticas y que ante el desgaste de las formas tradicionales de organización como los partidos, o las formas gremiales como sindicatos, la sociedad busca nuevas formas que las represente, nuevas formas de mediación y de participación [...] no todas nacen al ‘calor’ del levantamiento zapatista, sino más bien en momentos de crisis política o económica, tratando de satisfacer demandas que tienen que ver [...] con lo público [...] sus líneas de acción se pueden englobar en el ámbito del desarrollo, pero en el fondo buscan construir un proceso autónomo en la toma de sus decisiones e influir en el cambio social acompañando a procesos organizativos de grupos de comunidades o regiones. Estas ONG establecen alianzas y conforman redes temáticas que muchas veces funcionan de manera coyuntural o a largo plazo. Los integrantes de esas ONG son mayoritariamente universitarios y su lugar de origen no es Chiapas. [...] tienen como principales beneficiarios a los grupos y comunidades indígenas, en particular mujeres y niños, trabajan en el ámbito de la ‘comunidad’ o de la ‘región’.

La mayoría de estos organismos recibe financiamientos de Europa, de agencias ligadas a la iglesia y recientemente de los Estados Unidos, agencias como la Ford, MacArthur, Fundación Interamericana y de grupos solidarios (González Figueroa, 2002). Es preciso señalar que también se han dado presencia organizaciones internacionales como: Servicio Internacional por la Paz (SIPAZ), Global Exchange (GE), ambas con origen en los Estados Unidos, quienes además promueven la participación, de manera muy discreta de grupos ecuménicos o religiosos en la búsqueda de la paz, como pueden ser Wittness for Peace y Brigadas Internacionales por la Paz. Algunas se han establecido en el



país como resultado de la matanza de Acteal (22 de diciembre de 1997) y la agudización de la militarización, han establecido presencia legalizada: Médicos del Mundo España, Médicos del Mundo Francia, Médicos Sin Fronteras (la sección Holandesa) entre otros (González Figueroa, 2002: 154-155).

Actualmente, con el movimiento zapatista en contra del Neoliberalismo se ha alimentando otro movimiento a nivel mundial, *el movimiento antisistémico*. En el cual, muchos de las ONG's se ubican ya sea en reformistas, radicales, gobiernistas o independientes. Muchos de ellos con un campo de acción político o de servicio (siendo uno de los importantes el de derechos humanos); organizaciones, muchas veces vinculadas a instituciones académicas. Existen ONG que ahora, venden servicios a pesar de que su estatus de 'no lucrativo', dan 'consultorías' o realizan estudios ya sea en forma de evaluación o de diagnóstico (González Figueroa, 2002: 154-155).

Contados son las ONG's que guían su trabajo con honestidad y que caminan a paso de y con los pueblos y comunidades campesinas e indígenas con quienes trabajan. Organizaciones que se involucran socialmente desde aspectos como los derechos humanos, la problemática de la mujer, aspectos ecológicos y ambientales, educación, salud comunitaria, desarrollo integral de las comunidades, trabajos productivos y agrarios.

A través de estas ONG's o en coordinación y acuerdo con instituciones gubernamentales también han participado instituciones de educación superior, como la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), la Universidad Autónoma de Chapingo (UACH), la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el Instituto Politécnico Nacional (IPN), entre otras, a través de programas universitarios.

En el caso de la UAM, esta universidad sustenta un programa universitario que vincula a los profesionistas formados en ella con sujetos sociales del estado de Chiapas. En la Unidad Xochimilco, se desarrolla el *Proyecto de Investigación Interdisciplinario Desarrollo Humano en Chiapas* (PIIDHCH), el cual cobra importancia al ser un proyecto que toma forma al materializarse con la intervención de prestadores de servicio social en comunidades indígenas de Chiapas, a través de su tránsito por SADEC, A. C., uno de sus puentes para la intervención social en salud con comunidades indígenas. Este proyecto

abarca ámbitos como la salud, educación, agroecología, arquitectura, diseño industrial, entre otros.

Por el vínculo del programa de la UAM-X con la asociación civil sujeto de nuestra investigación es que la siguiente figura en nuestro tejido-bordado la delimitará la participación de ésta universidad en el ámbito de la salud comunitaria y educación en salud, a través del PIIDHCH.

#### **2.4 Las universidades: Proyecto de Investigación Interdisciplinario Desarrollo Humano en Chiapas, UAM-X**

Las instituciones de educación superior no han estado alejadas de la problemática compleja que aqueja a la sociedad mexicana. Con posiciones claras ante el acontecer contemporáneo, donde algunas se mantienen al margen de movimientos sociales importantes participando desde una “supuesta neutralidad” y, otras, con posiciones críticas y de participación activa.

Es importante mencionar, como una especie de nota en la intervención de instituciones de educación superior en salud comunitaria y educación en salud, la participación del Instituto Politécnico Nacional (IPN) a través de un programa *Plan Tojolabal*, donde médicos pasantes en servicio social intervinieron en la problemática local de salud en comunidades campesinas tojolabales. Este programa nació en 1973 como resultado de otro proyecto de salud que se implementó en San Pedro Xalpa, Azcapotzalco, en el D. F., el cual sirvió de ejemplo para ese y otros proyectos de salud (*Plan de La Selva*, también en Chiapas y el *Plan Maya Chiquinzonot*, en Yucatán). El *Plan Tojolabal* se mantuvo durante dieciséis años y fue impulsado por las escuelas Superior de Medicina, y Enfermería y Obstetricia del IPN en coordinación con la SSa (Bolaños, 1998).

Con el proyecto se impulsó la construcción de Casas de Salud y la capacitación de personal de salud comunitaria como auxiliares voluntarios, se conformaron comités de salud, farmacia, parteras y de higiene escolar. En el caso de los comités de salud, éstos estaban capacitados para dar primeros auxilios y algunos para proporcionar atención médica de primer nivel (Bolaños, 1998: 122).

La formación se enfocó meramente a la capacitación técnica médica *–formación práctica–*, inclinando más su trabajo hacia la educación para salud que hacia la educación en salud.

Dicho plan incluía también las brigadas de vacunación en coordinación con las Brigadas de la Jurisdicción de Salud de la zona, quien capacitaba al personal para realizar ese trabajo<sup>59</sup>:

Les impartían un *curso de adiestramiento* rápido de dos o tres días con cuatro o cinco horas cada vez. Les enseñaban los diferentes tipos de biológico (vacunas), la dosis que debían aplicar de acuerdo al tipo, y practicaban entre ellos mismos las diferentes formas de aplicación: subcutánea, intramuscular, oral. Los instruían respecto a las contraindicaciones, o sea cuando no se debe vacunar. Muchas veces los vacuneros no sabían identificar las contraindicaciones ni la aplicación correcta, e inyectaban intramuscular una sustancia que debía ponerse subcutánea o al revés. Tampoco controlaban siempre la cantidad de gotas de la vacuna oral que debían administrarse [...] los vacuneros no tenían suficientes jeringuillas desechables; desconocían la técnica para utilizarlas y empleaban a veces la misma para varios niños (Bolaños, 1998: 120) [subrayado mío].

Acciones en salud comunitaria donde la educación en salud se limitó hacia el rubro de la capacitación técnica, vista como instrucción y adiestramiento. Experiencia que quedó como muestra de acciones indigenista desde una institución de enseñanza superior hacia la población campesina e indígena, experiencia que no dio el salto hacia el reconocimiento de las capacidades de participación social y política de las propias comunidades para generar su intervención política; a diferencia de la UAM-X en la cual se desarrolla un programa universitario donde lo principal es el reconocimiento como sujetos sociales y políticos a organizaciones, comunidades y pueblos indígenas y campesinos.

La UAM surge en 1973 ante la necesidad de cubrir la demanda de educación superior en la zona metropolitana de la ciudad de México<sup>60</sup>, década en la que establece convenios con diferentes instituciones públicas gubernamentales como la SSa, para que sus profesionistas puedan realizar prácticas y servicio social en las diferentes instancias médicas de dicha institución.

---

<sup>59</sup> Personas externas a las comunidades con tercer o cuarto grado escolar radicadas en Comitán o las Margaritas, a quienes la gente llamaba *los vacuneros*.

<sup>60</sup> Actualmente la UAM tiene cuatro unidades académicas situadas en zonas periféricas de la ciudad de México estas son: unidad Azcapotzalco, Cuajimalpa, Iztapalapa y Xochimilco, coordinadas por una Rectoría general.

La unidad que nos interesa es Xochimilco, debido a que es ahí donde se creó un programa universitario a través del cual sus profesionistas pueden intervenir en el campo de la salud comunitaria y educación en salud en comunidades de Chiapas. Esta unidad inicia clases en noviembre de 1974 con una propuesta educativa de enseñanza superior singular en América Latina y diferente a las otras unidades de la misma universidad: *el Sistema Modular*<sup>61</sup>, el cual es guía actual en la formación de sus profesionales y del trabajo docente<sup>62</sup>.

En esta unidad se preparan profesionistas en tres divisiones académicas: la de Ciencias Biológicas y de la Salud, la División de Ciencias Sociales y Humanidades y Ciencias y Artes para el Diseño, donde se imparte dieciocho licenciaturas y veintisiete posgrados.

En la UAM-X, por acuerdo y en coordinación con diferentes instituciones de servicio público, los estudiantes del área de Ciencias Biológicas y de la Salud, pueden realizar prácticas profesionales en instituciones como la SSA y el IMSS, entre otras, en diferentes localidades del país. También lo pueden hacer mediante un programa universitario que se creó en el seno de la universidad, el cual permite que estudiantes, como término de su formación profesional puedan realizar servicio social en comunidades del estado de Chiapas, dicho programa se llama *Proyecto de Investigación Interdisciplinario Desarrollo Humano en Chiapas (PIIDHCH)*, el cual tiene sus raíces en el estudio que, académicos y estudiantes, realizaron en 1982 sobre la incidencia y el comportamiento de la Tuberculosis Bronqueo Pulmonar (TBP) en la región de Marqués de Comillas y, en la entonces, zona Selva Lacandona de Chiapas, investigación que proporcionó sustento para que se creara un programa de servicio social para los Médicos Pasantes en Servicio Social (MPSS), en coordinación con las jurisdicciones de la Secretaría de Salud. Esto permitió que la UAM-X pudiera llevar a cabo uno de sus elementos importantes del sistema modular: *el servicio*.

---

<sup>61</sup> Sistema que fue importante para el trabajo educativo de médicos “uameros” en su práctica médica y educativa en las comunidades chiapanecas. Éste pasa a ser parte importante del análisis pedagógico que se pretende hacer en esta investigación con respecto a la experiencia pedagógica de SADEC al cual se le dará un espacio especial en el capítulo 4.

<sup>62</sup> Sistema pedagógico viable para muchos trabajos de educación en salud, más en aquellos donde la visión social del proceso salud/enfermedad y de la medicina es su elemento estructurante.

En 1989 este programa de servicio social se coordinó con el PSCMC, lo que permitió la colaboración de MPSS en salud comunitaria en la zona de Marqués de Comillas. Para 1994, con el levantamiento armado zapatista, jóvenes que se encontraban realizando su servicio, decidieron continuar, por convicción, los trabajos y proporcionar servicio en las localidades donde se encontraban. La participación de médicos pasantes de servicio social en la zona Selva continuó en coordinación con la SSa hasta 1995, posteriormente:

Estudiantes y docentes de diferentes divisiones de las tres unidades de la UAM, interesados en la problemática que se vivía en Chiapas, buscaron al programa de servicio social para ofrecerle su apoyo y ver de qué manera se podían integrar y colaborar con este espacio. Al ver la respuesta de la comunidad universitaria, un grupo de académicos buscaría una alternativa para darle cabida a otras disciplinas y estudiantes contribuyendo, de esta manera, en soluciones sociales que dieron origen al levantamiento del EZLN. La iniciativa desembocaría más tarde en el diseño y constitución de Programa de Investigación Interdisciplinario Desarrollo Humano en Chiapas (PIIDHCH) [...] (González y Gamboa, 2010: 115).

El PIIDHCH fue aprobado por el Colegio Académico de la institución, en diciembre de 1995 y es hasta 1997 cuando recibe presupuesto para su funcionamiento. Este programa inicia trabajos principalmente en el área de la salud, actualmente abarca las tres divisiones académicas de la UAM-X; sin embargo, el aporte de la UAM-X en Chiapas ha sido a través de las diferentes propuestas de salud (institucionales y comunitarias), con pasantes en servicio social de medicina, estomatología y enfermería (González y Gamboa, 2010).

Desarrollo Humano en Chiapas, nombre con el que se conoce al programa universitario, es un programa de investigación interdisciplinario; donde profesores-investigadores y estudiantes de la UAM-X confluyen con académicos de otras instituciones y ONG en la perspectiva del Desarrollo Humano. El trabajo de investigación se concentra en las regiones de las Cañadas de Ocosingo y de las Margaritas, Marqués de Comillas y Los Altos de Chiapas; en la identificación de prioridades y necesidades de los sujetos involucrados, así como en la aplicación de acciones para colaborar en la resolución de su problemática colectiva; el programa cuenta con el apoyo de organizaciones regionales, comunidades e incluso, algunas administraciones municipales.

En este programa se plantea como prioridad el trabajo articulado con los sujetos sociales en torno a *problemas eje*<sup>63</sup> como: i) salud, nutrición y calidad de vida; ii) producción, tecnología y medio ambiente; iii) cultura, educación y derechos humanos; y iv) estrategias sociales, políticas públicas y relaciones de poder. En este programa se prioriza la creación o fortalecimiento de las capacidades locales, por ello busca involucrar a los actores existentes en los diagnósticos y planeación de las diferentes propuestas (González y Gamboa, 2010: 148-149).

Trabajos realizados en colaboración con: SADEC, Casa de la Mujer Ixim Ansetic, Comité de Derechos Humanos Fray Pedro Lorenzo de la Nada, Enlace y Comunicación, Proyecto Ecoturístico Las Guacamayas, así como algunos proyectos de evaluación externa de programas gubernamentales (González, Gamboa, 2010: 150). Proyecto que se sustenta en el reconocimiento de las capacidades de participación social y política de las comunidades. Programa que genera nuevas formas de vinculación entre los recursos humanos formados en aulas, talleres y laboratorios de la UAM, con sujetos que buscan alternativas viables de desarrollo desde una perspectiva integral. Generando así, nuevas formas de relación entre la institución y la sociedad.

Muchos de los egresados de la UAM-X que han transitado por el PIIDHCH, se han permitido aprender de y con las comunidades y, muchos de ellos, han logrado cuestionar su propia formación y reconocer, a su vez, la participación de las comunidades en la creación de proyectos sociales; además, de involucrarse –los egresados del área de Ciencias Biológicas y de la Salud- en procesos de formación en salud al realizar su práctica médica junto con personal de salud comunitaria y autónoma.

Un ejemplo, de muchos otros, es el trabajo realizado por Miguel Liera, médico expasante de servicio social del PIIDHCH que, en vínculo con SADEC, trabajó en la comunidad de Roberto Barrios y se involucró con el proceso de formación de promotores/as de salud al instrumentar un proyecto de nutrición:

[...] desarrolló una propuesta basada en las características de los pobladores de Roberto Barrios para combatir la desnutrición infantil, proyecto que gana el premio a la mejor Experiencia en Servicio

---

<sup>63</sup> Elemento importante del sistema modular.

Social 2003, que apoyan la Secretaría de Educación Pública y la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Educación Superior (Leal, 2010: 102).

Otros/as médicos, estomatólogos y enfermeras se han involucrado en procesos de formación tanto con promotores/as de salud como con parteras, tal es el caso de *Luzma*, médica expasante de servicio social en el PIIDHCH en coordinación con SADEC, quien trabajo en la Clínica Autónoma Murcia, en San Jerónimo Tulijá. Ella se involucró en un proceso de enseñanza-aprendizaje al trabajar temas de salud con los promotores/as de salud autónoma, temas que muchas veces surgieron del propio interés de los promotores/as o en ocasiones ella fue el puente para que los promotores/as de salud se acercaran a literatura médica y pudieran plantearse más dudas que respuestas:

[...] manejábamos algunos temas de manera informal porque finalmente todos ellos ya habían pasado por un proceso de capacitación pero veíamos, revisábamos temas (entrevista realizada en agosto de 2010).

En el caso de las parteras, lo que motivó a *Luzma* a dar un curso fue el interés de las parteras de la comunidad debido a una experiencia reciente de muerte materna. Este trabajo se llevó a cabo durante el voluntariado que la médica realizó en SADEC en 2009 en otra comunidad de la región Maya.

No sólo estudiantes y profesores del área de Ciencias Biológicas y de la Salud (CBS) de la UAM-X han intervenido en educación en salud, han participado otros sujetos de diferentes áreas de la universidad para elaborar herramientas educativas que en ocasiones apoyan el trabajo educativo de los prestadores de servicio social y del propio SADEC:

[...] sobresale el trabajo de profesores y estudiantes de diseño industrial, que trabajaron en la generación de tecnología adecuada, orientada al apoyo y el aprovechamiento de los recursos de las regiones, en materia de salud y medicina preventiva. [Así] como, un simulador de embarazo, parto e identificación de cáncer de la mujer y un prototipo, para la capacitación, sobre enfermedades respiratorias y gastrointestinales, así como, equipos de bajo costo, que apoyan la elaboración de medicinas y tratamientos basados en el conocimiento tradicional y un prototipo de remolque para atención oftalmológica, odontológica, detección de tuberculosis y cáncer cérvico-uterino [También se han elaborado] dos Guías Médicas Bilingües, una de la lengua Ch'ol-español y otra Tzeltal-español, en sus variantes dialectales de Bachajón y Santo Domingo (PIIDHCH, 2010).

Los ejes principales del programa universitario son: *formación-docencia-investigación-servicio*, ejes que fundamentan el sistema pedagógico de la UAM-X, ejes con los cuales se han realizado distintas investigaciones dentro del PIIDHCH que, en el ámbito de la salud, resalta la que se llevó a cabo en 1999 en tres comunidades, dos en la región de las Cañadas y otra en Polhó, donde se realizó un estudio para conocer las condiciones nutricionales de los menores de cinco años, así como de mujeres embarazadas y lactantes de comunidades indígenas desplazadas por el conflicto.

En el área educativa se han realizado proyectos de investigación como el de “Formas de apreciación en lengua y cultura tzeltal”, en la región de las Cañadas; cuyo objetivo, fue comprender los modos en que se valora a las personas, la sociedad y el medio ambiente dentro de esta cultura. Ejemplo de ese trabajo son la recopilación en audio y video, del trabajo de parteras; hecho por alumnos de la carrera de comunicación. Asimismo, se mantiene un diálogo constante con las comunidades tzeltales de la cañada de Río Perla, de las Tazas del Río Jataté e indirectamente con el resto de las comunidades de la selva, a través de los promotores del Comité de Derechos Humanos “Fray Pedro Lorenzo de la Nada” (CDHFPLN) y los cursos de formación sobre los valores comunitarios. Y se realizan talleres con promotores de educación en la Cañada de las Tazas, donde se han observado diversos temas como gramática y numeración tzeltal, aritmética del monte, valores en lengua tzeltal, derechos humanos, pedagogía (PIIDHCH, 2010).

Lo que corresponde a los procesos de formación de personal en salud comunitaria como parte del trabajo de pasantes del área CBS en su estancia como prestadores de servicio social en el PIIDHCH, mencionaremos que la práctica educativa que ellos y ellas realizan la hacen desde referentes inmediatos como lo es su propia formación universitaria, cómo ellos/as aprendieron su profesión, si bien ellos y ellas no son los encargados directos de formar al personal de salud comunitaria y autónoma, sí se ha creado la necesidad de participar en procesos de enseñanza y aprendizaje; ya sea por solicitud de los promotores/as de salud y parteras o por iniciativa de los propios pasantes, quienes viven esta experiencia educativa como retroalimentación, aprendizaje y enseñanza mutua con el personal



comunitario de salud y las comunidades<sup>64</sup>. Quienes son los encargados formalmente de trabajar el aspecto de la educación en salud con personal de salud comunitario es SADEC, asociación que se ha convertido en puente, de continuo tránsito, para que tanto profesionistas de la UAM-X como personal de salud comunitaria puedan configurarse como actores sociales y puedan estar en constante relación entre los Conocimientos Médicos Institucionales (CMI) y los Conocimientos Médicos Tradicionales (CMT), además de permitirse ser una asociación formadora de personal en salud, principalmente, en la formación de sujetos pedagógicos al ser hoy uno de sus trabajos fundamentales: la formación de educadores en salud en zonas autónomas.

Es precisamente el trabajo en salud comunitaria y educación en salud en zonas autónomas lo que ahora vendrá a complementar, como elemento esencial, los hilos que darán firmeza a nuestro tejido- bordado, trabajo desde y con los pueblos donde el nivel organizativo zapatista a logrado configurar, en un proceso arduo de aprendizaje y de enseñanza cotidiana todo un sistema de salud: *el Sistema de Salud Autónomo Zapatista (SSAZ)*.

La incorporación de este hilo a nuestro tejido es por esa tan *necesaria necesidad* de situar un *con-texto* a nuestro tema de estudio: *los procesos de formación en salud comunitaria*, éste último hilo será la columna vertebral de nuestro tema final: *la Educación Autónoma*, siendo nuestro instrumento articulador (el telar) *la educación en salud y la salud comunitaria*.

---

<sup>64</sup> Estos profesionistas son hoy resultado de una mezcla singular, por un lado, de las características que fundamentan el sistema modular: investigación (con una visión sobre la transformación de la realidad y de la construcción de los conocimientos, donde el estudiante es responsable de su propia formación), la docencia (sustentada en la investigación, la cual es sólo guía de la formación de los estudiantes) y el servicio (la inserción social crítica y reflexiva de sus profesionistas) y, por otro, de su decisión de aprender conjuntamente con sujetos sociales contemporáneos y de reconocer las carencias y ausencias de su formación universitaria. SADEC, que es puente del PIIDHCH, acompaña a estos pasantes en el proceso de enseñanza y aprendizaje en salud, proponiéndoles ciertos lineamientos metodológicos o proporcionándoles todas las herramientas y materiales pedagógicos para que su intervención educativa en salud se lleve a cabo. Muchas de las experiencias de educación en salud pueden constatarse en los diferentes reportes de servicio social que, más de un centenar de profesionistas egresados de la UAM-X han realizado en su tránsito por el PIIDHCH a través de SADEC.

Toca ahora enunciar estos trabajos que llevan a cabo sujetos histórico-políticos que construyen un proyecto histórico de vida, donde nos acercaremos a las acciones y discursos que los zapatistas han realizado al respecto, partiendo de su última estructura político-social: las Juntas de Buen Gobierno (JBG), a razón del ejercicio de su derecho a la *Autonomía*.

## **2.5 Acción en salud comunitaria desde la autonomía zapatista: las Juntas de Buen Gobierno**

Las Juntas de Buen Gobierno (JBG) zapatistas surgen en agosto de 2003, en marco de una estrategia político-social que el EZLN realizó para que las comunidades y pueblos bases de apoyo pudieran organizar su autonomía de manera regional, la cual es ejercida públicamente desde finales de 1994, con la creación de los Municipios Autónomos Rebeldes Zapatistas (MAREZ) –en ese entonces 38, hoy son 29 ante la fusión de algunos de ellos- y los llamados *Aguascalientes*, espacios de encuentro cultural, sustituidos ahora por los *caracoles* y las JBG, las cuales enmarcan “*a los municipios autónomos en una nueva esfera de coordinación autonómica que permite resolver los problemas detectados y [se] avance hacia la consolidación de los autogobiernos*” (Díaz Polanco, 2006: 45).

Esta organización político-social regional, que son las JBG, mantiene los ojos y el corazón en todas las comunidades y pueblos para que éstos caminen a un mismo paso, siempre desde el ideario de los propios pueblos: *mandar obedeciendo*, lo cual ha acompañado al EZLN desde su preparación para la guerra. Luis Villoro plantea esta praxis política de la siguiente manera:

[Las JBG] se conducen conforme a los siguientes principios: participación de todos los miembros de la comunidad en la elección, rotación del mandato, revocabilidad y rendición de cuentas. Estos principios expresan el lema zapatista del ‘mandar obedeciendo’ (Villoro, 2010 en: Vargas, 2010: 31).

En palabras de la Juntas de Buen Gobierno de Oventic:

Nuestra obligación es analizar ver qué es lo que hace falta a los municipios autónomos [...] es que las autoridades no se mandan solos sino él propone a las comunidades y las comunidades obedecen también, o sea, que mandar y también las autoridades obedecen y el pueblo también manda a sus autoridades y él también obedece (Junta de Buen Gobierno Corazón Céntrico de los Zapatistas delante del Mundo, Oventic, en: *Autonomía Zapatista: otro mundo es posible*, 2008).

Una política que dicta las acciones a seguir. Praxis que camina, en cada uno de los cinco *caracoles* zapatistas y sus JBG, con su singular estilo<sup>65</sup>. Las JBG son autogobiernos intermunicipales, colegiales, revocables y rotativos, supervisan la realización de proyectos y tareas de “buen gobierno” –arbitrajes en materia agraria, educativa, sanitaria, productiva y de justicia común- en cada uno de los MAREZ. Realizan acciones como consejo supremo de los consejos municipales autónomos, son mediadores en conflictos internos y externos, regulan la repartición de insumos y las tareas pendientes, atienden las relaciones de las bases de apoyo con grupos e individuos externos (Baronnet, 2009).

Para hablar, principalmente, de las acciones en salud comunitaria y educación en salud desde el ejercicio de la autonomía zapatista, necesitamos estar de frente a ese espejo que nos interpela y vislumbrar en los miles de pasamontañas y paliacates que cubren los rostros de los *más olvidados*, el tejido que configura lo que es conocido como Sistema de Salud Autónomo Zapatista (SSAZ), el cual depende concretamente de los trabajos que, a nivel de los MAREZ, se realizan en cada una de las cinco regiones autónomas zapatistas y que son supervisados y regulados por las JBG.

Bien sabemos que el aspecto de la salud formó parte de las trece demandas zapatistas que hoy han pasado a ser acciones en marco de las *Autonomías Indígenas*: trabajo, tierra, techo, alimentación, salud, educación, independencia, libertad, democracia, justicia, paz, cultura e información; once en 1994 y dos más, después de los Acuerdos de San Andrés (1996).

Demandas hechas acción que hoy se han constituido en formas de trabajo donde lo importante es mantener y reproducir la vida en cada rincón de los pueblos y comunidades indígenas y campesinas, trabajos que se han configurado en sistemas articulados como: el de educación, comercio, comunicación alternativa, salud y justicia (ZZ-Colectivo, 2007, entrevista con Muñoz Ramírez).

Con respecto a la salud, ésta ha sido siempre una de las prioridades de la *Organización* desde los tiempos de la preparación para la guerra (1983) hasta nuestros días. Aspecto que

---

<sup>65</sup> Ver Anexo 7 sobre los cinco *Caracoles*, JBG y sus respectivos MAREZ.

siempre estuvo involucrado con lo educativo, primero para la preparación de cuadros sanitarios que dieran servicio en el momento del combate (la preparación del servicio sanitario de las fuerzas regulares del EZLN) y para resolver algunos problemas de salud en las comunidades –se forman los primeros promotores de salud de la *Organización*- y, después, como una especie de espiral ascendente en torno al proceso autonómico en construcción, el trabajo en salud se centró en la formación de promotores/as de salud autónoma, la promoción y prevención de la salud con las comunidades y la construcción de la infraestructura en salud, principalmente puestos como Casas de Salud y algunas Clínicas en las comunidades, teniendo como eje de intervención la respuesta a los problemas locales de salud. Donde la participación de las bases de apoyo zapatista fue y es fundamental, como lo es también el apoyo de organizaciones de la sociedad civil, tanto nacional como internacional, que acompañan honestamente los procesos autonómicos en territorio zapatista (Muñoz Ramírez, 2003).

El servicio de sanidad de las fuerzas regulares del EZLN, formados bajo los principios de compañerismo, unidad y disciplina; acompañaron en diversos momentos el andar de los primeros promotores/as de salud general de los pueblos bases de apoyo. Actualmente, desde hace siete años, las bases zapatistas han tomado el timón de su autonomía indígena, ahora, los promotores/as de salud con más experiencia son los acompañantes y formadores de otros quienes han decidido realizar ese trabajo comunitario y cumplir con el *cargo* encomendado, alimentando así la autonomía desde la educación en salud ejercida con y desde las manos de los pueblos y comunidades zapatistas. Promotores/as de salud con capacidad de respuesta a los problemas locales de salud.

Si bien, la columna vertebral del SSAZ son los pueblos, quienes siempre están observando el trabajo de su personal en salud, sin lugar a duda, el trabajo cotidiano de los promotores/as de salud es el alimento y el sostén de todo el sistema, donde la infraestructura comunitaria en salud es parte importante para la formalización de las instituciones autonómicas, infraestructura que se ha ido modificando durante estos años de guerra. Si bien, se construyeron algunas clínicas de la organización antes de 1994, en palabras del Mayor Insurgente de Infantería Moisés:

Cuando fue pasando el tiempo la organización comenzó a mostrarse y a crecer. Empezaron los batallones de insurgentes y de milicianos. Se empezaron a construir clínicas en cada región, estas clínicas las organizábamos los insurgentes y es así como el EZLN empieza a darles servicios a los pueblos y a organizarse con ellos (Muñoz Ramírez, 2003: 56).

Pero después del 94 la infraestructura fue creciendo hasta conformar la red de servicios de salud en zonas autónomas. Se mantienen Casas de Salud, Microclínicas en los MAREZ, Clínicas Centrales con especialidades como “La Guadalupana”, la Clínica de las mujeres “Comandanta Ramona”; y dos Hospitales, uno el Hospital Técnico de Laboratorio de Análisis Clínicos "La Primera Esperanza del Rostro de Pedro"<sup>66</sup>, donde se realizan algunas cirugías (Gutiérrez, 2007) y es también una escuela de promotores y promotoras de salud.

Hospitales o Clínicas que figuran también como centros de formación, sin falta, existen las Farmacias Comunitarias, en donde se almacenan los medicamentos alópatas y/o medicamentos naturales. Se cuenta con promotoras/es formados en diferentes áreas, además de salud general: salud oral, salud reproductiva (donde participan en su mayoría mujeres), herbolaria, vacunación, laboratorio, oftalmología y cirugía. En lo que corresponde a la atención quirúrgica, basta citar las palabras de uno de los promotores de salud durante el *II Encuentro de los Zapatistas con los Pueblos del Mundo*:

En los últimos 5 años, unos promotores y promotoras más avanzados han tomado capacitación especial en el área de la cirugía. Esto permite atender en la clínica central y en unas microclínicas, pacientes con accidentes, accidentes en el trabajo de campo, accidente de carro, heridas por armas de fuego y otros. La mayoría de los promotores avanzados sabe suturar heridas, intervenir en pacientes con hemorragia externa, y unos de ellos, los que trabajan específicamente en el área quirúrgica, efectuar operaciones pequeñas, especialmente en Oventic. Participan en operaciones de media cirugía dos veces a la semana, aquí en Oventic, con la ayuda de un compañero médico permanente<sup>67</sup>.

Y para los trabajos de gestión del SSAZ se encuentran los coordinadores de salud tanto de los municipios como de la región, los comités de salud y las comisiones de salud

---

<sup>66</sup> Este se encuentra en la comunidad de San José del Río, el cual beneficia a cuatro municipios autónomos, próximo a él se encuentra el hospital gubernamental de Guadalupe Tepeyac, inaugurado en 1993, justo antes del alzamiento, por el entonces presidente Carlos Salinas de Gortari. Este aparatoso elefante blanco fue temporalmente administrado por la Cruz Roja Internacional, hasta que el 9 de febrero de 1995 fue tomado por el Ejército Mexicano para ser entregado posteriormente al sector oficial de salud.

<sup>67</sup> Radio Zapatista (n. d.) Consultado en diciembre de 2010, disponible en: [http://www.radiozapatista.org/IIEncuentro/oventic\\_salud\\_areas.htm](http://www.radiozapatista.org/IIEncuentro/oventic_salud_areas.htm)

en los MAREZ y JBG, los cuales dan seguridad y seguimiento al andar del SSAZ<sup>68</sup>. Mientras que las actividades de enseñanza en salud son ejercidas por los capacitadores/as (formadores/as o multiplicadores/as)<sup>69</sup> quienes son promotores/as de salud que han destacado en el trabajo con sus comunidades, han sido responsables y comprometidos con la salud y la lucha; a ellos y ellas los propios pueblos les otorgan la responsabilidad de educar en salud autónoma.

Si bien la educación en salud es prioridad, también lo es la educación para la salud donde se hace especial énfasis en la prevención (hervir, clorar o desinfectar el agua, limpiar el solar, utilizar letrinas), se realizan continuamente campañas de vacunación, en adultos y en niños –cada niño y niña zapatista tiene su tarjeta de vacunación- y, en ocasiones, se realizan pruebas para la detección del cáncer cérvico-uterino. En palabras del promotor de salud general del Caracol de Oventic:

[...] la salud empieza desde las comunidades, con las familias, en las escuelas y en todo el pueblo [...] promoviendo y organizando reuniones de pláticas para la educación sobre la salud [...] el objetivo principal de nuestro trabajo no es sólo atender a nuestros enfermos, sino desarrollar la prevención de las enfermedades. Entonces desarrollamos el sistema de vacunación zapatista [...] <sup>70</sup>.

En un proceso diferente pero con una idea en común, dar soluciones a los problemas locales de salud y alimentar la autonomía indígena, caminó también la formación de parteras, si bien, la partería es una práctica médica tradicional en la que el *don otorgado* o el *acompañamiento familiar* en dicha práctica es lo que rige la preparación; ahora ha pasado a ser una enseñanza compartida, después de asambleas con médicos tradicionales los pueblos decidieron formar a sus propios médicos tradicionales como: parteras, hueseros/as y hierberos/as, en un proyecto denominado de *Las Tres Áreas*:

Este sueño empezó cuando nos dimos cuenta que se estaba perdiendo el conocimiento de nuestros ancianos y nuestras ancianas. Ellos y ellas saben curar el hueso o las torceduras, saben el uso de las

---

<sup>68</sup> Chávez (2008) propone una reestructuración de la gestión del SSAZ, la cual se encuentra transcrita en el Anexo 8.

<sup>69</sup> Algunas acciones educativas con promotores/as de salud son realizados por médicos colaboradores (nacionales e internacionales) en su estancia en comunidades zapatistas, también por médicos/as, enfermeras y estomatólogos/as de la UAM-X quienes realizan, en ocasiones, dicha actividad de manera “no formal” durante su servicio social en el PIIDHCH o por ONG’s que participan conjuntamente con los MAREZ y JBG para formar directamente a educadores en salud, como el caso de SADEC.

<sup>70</sup> Radio Zapatista (n. d.) Consultado en diciembre de 2010, disponible en: [http://www.radiozapatista.org/IIEncuentro/oventic\\_salud\\_areas.htm](http://www.radiozapatista.org/IIEncuentro/oventic_salud_areas.htm)

hierbas, saben atender el parto de las mujeres, pero toda esa tradición se estaba perdiendo con el uso de las medicinas de farmacia. Entonces hicimos acuerdo entre los pueblos y llamamos a todos los hombres y mujeres que saben de curación tradicional. No fue fácil esta convocatoria. Muchos compañeros y compañeras al principio no querían compartir su conocimiento, decían que era un don que no puede traspasarse porque es algo que ya se trae adentro. Entonces se dio la concientización en los pueblos, las pláticas de nuestras autoridades de salud, y se logró que muchos cambiaran su modo y se decidieran a participar en los cursos. Fueron como 20 hombres y mujeres, gente grande de nuestros pueblos, que se decidieron como maestros de la salud tradicional y se apuntaron como 350 alumnas, la gran mayoría compañeras. Ahora se han multiplicado las parteras, las hueseras y las yerberas en nuestros pueblos<sup>71</sup>.

En palabras de una de las parteras que es hoy formadora de médicos tradicionales:

Le llamamos organización de Las Tres Áreas porque en el mismo tiempo en que nos unimos, estudia el área de herbolaria, de plantas medicinales, área de parteras y área de hueseros [...] Las parteras que somos más viejas, que tenemos más conocimiento empezamos a impartir con las jovencitas, con las que empezaron a venir por inquietud, en el de parteras y, así, se nombró de cada comunidad una mujer que tenga completamente su decisión que esté dispuesta apoyar a las otras mujeres que van a dar a luz. Somos 30, desde el año 2001 nos reunimos como mujeres para platicar nuestras necesidades de la atención de parto, pues, que muchas mujeres sufrían siempre, en la comunidad se atiende los partos y muchas de nuestras comunidades no tenían partera. Entonces nació una inquietud de la mujeres de las que ya somos madres, entonces así fue como nosotros empezamos a organizarnos entre mujeres y unirnos, pero a través de la unidad de más hermanos, pues, hemos tenido la oportunidad de avanzar, ya es con más higiene la atención del parto, la madre ya no se hace sufrir tanto, ya se sabe qué día va a nacer su bebé, qué hora, entonces se prepara con tiempo (AMV, 2008, entrevista realizada a formadora de medicina tradicional).

Es así como desde 2001 en zonas autónomas se preparan a parteras jóvenes y no tan jóvenes de la *Organización* quienes por su decisión y nombramiento entran en procesos de formación, si bien, cada zona o caracol desde su propio caminar<sup>72</sup>. Esta práctica médica de la medicina tradicional se ha ejercido desde hace mucho tiempo –como parte de la cosmovisión de los pueblos- y, poco a poco, ha pasado a formar parte visible del SSAZ. En el Caracol de La Realidad existe un laboratorio de herbolaria y una casa de alimentos conservados que son esenciales en la formación de médicos/as tradicionales.

La práctica médica que se fue configurando, en un principio, con apoyo de personal externo a las comunidades –organizaciones de la sociedad civil nacional e internacional- ha

---

<sup>71</sup> El Fuego y la Palabra, Blogspot (n.d.) La medicina en los Municipios Autónomos Zapatistas, publicado el 6 de noviembre de 2010. Consultado en agosto de 2011, disponible en: <http://solidaridadconchiapasvzla.blogspot.com/2010/11/la-medicina-en-los-municipios-autonomos.html>

<sup>72</sup> En la región Selva Lacandona, en el Caracol de la Garrucha es hasta 2008 cuando se inician los trabajos de formación de parteras, hueseros y hierberas con sus propios formadores de medicina tradicional.

sido la del promotor/a de salud, que en el caso zapatista éstos/as han transgredido dicha categoría, pues ésta surgió con el afán del gobierno federal de instrumentar las políticas indigenistas a través de sus instituciones, como lo fue el INI (a través de los Centros Coordinadores Indígenas) y hoy la CDI, donde personas de las comunidades ejercieron el papel de agentes para impulsar cambios culturales en las comunidades indígenas e integrarlas al progreso del país, donde se negaron sus aspectos culturales e históricos.

Ahora esa categoría ha sido transgredida al colocarle como complemento sustantivo: **lo autónomo**; para nombrarse como *promotores/as autónomos* (sean de salud, educación, comunicación, agroecología...), identidad que se reconfigura en el ejercicio cotidiano del *cargo* comunitario donde lo importante no es instrumentar políticas indigenistas sino políticas indígenas donde lo necesario es la reproducción de vida de los pobladores y el proyecto autonómico (autogestión, autoatención, autodeterminación), donde los promotores/as de salud tienen voz y voto; quienes han pasado a ser sujetos histórico-políticos en una práctica médica y política, ya que no sólo se ejerce el cargo encomendado sino que se ejerce una práctica del *mandar obedeciendo*, donde lo fundamental son las bases de apoyo zapatistas. Todo lo que se aprende y se enseña es para el común de los pueblos y comunidades indígenas y campesinas y, para tener ese cargo se necesita tener la aprobación de la asamblea comunitaria, pues en ella se decide quién puede realizar los trabajos y bajo qué parámetros se hace la elección:

Ser nombrado en asamblea como promotor de educación (y de salud, de comunicación o de agroecología) depende de distintas consideraciones: congruencia moral, disponibilidad, formación política y capacidad para comunicar hábilmente en dos o más lenguas; así como contar, leer y escribir. Ocasionalmente se presentan casos de jóvenes recién designados por voto y consenso que son analfabetas funcionales pero que están dispuestos a aprovechar la oportunidad de instruirse (Baronnet, 2009: 254)

Como lo mencioné, los promotores/as con mayor experiencia forman o otros/as en cursos y talleres de capacitación y acompañan cotidianamente el quehacer médico de sus iguales mientras cumplen su turno en las Microclínicas, Clínicas Centrales u Hospitales; estos promotores/as de salud han adjetivado su quehacer médico, con la actividad educativa, ahora han pasado a formar parte de los capacitadores/as en salud, actividad con la cual combinan su práctica médica, ya que ésta es requisito para ser un multiplicador/a o



capacitador/a en salud autónoma. Promotores que además de continuar su formación y su práctica en salud se preparan en metodología educativa donde lo esencial es educar con el ejemplo, con la propia experiencia<sup>73</sup>, donde el aprendizaje y la enseñanza en salud se rige bajo los principios de *aprender/haciendo*, *aprender/preguntando*, aprender con disciplina, compañerismo y unidad<sup>74</sup>, más aún, hay una aproximación a *conocimientos necesarios* para la reproducción y desarrollo de la vida de los pueblos donde lo que rige ese acercamiento es la opción de vida elegida: la construcción de la *Autonomía*. Por ello la formación de personal de salud autónoma escapa a la simple capacitación situándose en la complejidad de formar a sujetos históricos, políticos y sociales; es decir, al *formar-se en el existir* que es hoy un horizonte posible de lucha, resistencia y trabajo cotidiano.

Un proceso de enseñanza y aprendizaje donde la práctica médica y el estudio son formación continua, donde son importantes el servicio cordial, humanitario, tanto a los “*compas*” –como se nombra aquellos que son parte, apoyan o simpatizan con el zapatismo– como a miembros de otras organizaciones (*hermanos*)<sup>75</sup>, además, siempre con la misión de acompañar aquel paciente que sea referido a otro nivel de atención<sup>76</sup>.

También se han organizado diferentes encuentros donde el personal de salud autónoma de las cinco regiones han compartido sus experiencias, además, de darlas a conocer a la sociedad civil tanto nacional como internacional; como el Primer Foro-Encuentro de Promotores y Trabajadores de la Salud donde emanó la “Declaración de

---

<sup>73</sup> Existen formadores/as tanto en salud como en educación, ellos y ellas son los encargados de compartir los conocimientos y habilidades aprendidas en el estudio y la práctica médica o educativa a otros compañeros/as promotores/as. Estos formadores/capacitadores o multiplicadores son formados por organizaciones de la sociedad civil que acompañan la autonomía regional zapatista; a diferencia de los formadores/as de médicos tradicionales quienes se han formado a través de una larga experiencia y conocimiento de la medicina tradicional en sus comunidades. Existen formadores de salud general y formadoras de salud sexual y reproductiva.

<sup>74</sup> Además de combinar estrategias de enseñanza y aprendizaje con las que han estudiado el proceso salud/enfermedad conjuntamente con las ONG’s que colaboran en la construcción de la autonomía.

<sup>75</sup> En la Declaración de Moisés Gandhi (1997) se dejó en claro la posición de los promotores/as de salud sobre la connotación de servicio: siendo la salud colectiva un derecho de tod@s, la atención debe ser neutral y responsable.

<sup>76</sup> Los pacientes con gravedad, con alguna urgencia que no puede ser atendida en los Hospitales o Clínicas autónomas son llevados a un segundo o tercer nivel de atención según se necesite. Todo paciente que es referido siempre es acompañado por personal de salud autónoma y por su familia, ellos/as llevan su hoja de referencia con el diagnóstico del paciente y, aún contando con ello, muchas veces son tratados con desdén por personal gubernamental de salud.

Moisés Gandhi” en 1997 y el Segundo Encuentro de los Zapatistas con los Pueblos del Mundo, en julio de 2007, donde se instaló la mesa de salud autónoma.

Como ejemplo del proceder de promotores/as de salud autónoma basta enunciar algunas de las prácticas médicas que realizan promotoras de salud sexual y reproductiva, prácticas que traducen parte de su formación. Ellas se preparan para atender los problemas y enfermedades de la mujer así como en la atención a partos (apoyan a compañeras a parir, sin importar su filiación política sólo si ella o su familia lo solicitan, donde y como ella se sienta mejor, si es caso de complicación o riesgo las parturientas son trasladadas a otro nivel de atención siempre en compañía de personal de salud). Ellas, las promotoras:

[...] tienen la tarea de atender, educar y orientar sobre el derecho de salud reproductiva y sexual. En eso también se está tratando de orientar a los hombres, porque muchas veces son los que impiden a que una mujer tenga salud. [Las] compañeras promotoras atienden partos las 24 horas, dan educación a la salud sexual y reproductiva [...] También los que presentan grado de dificultad, son capacitadas a efectuar corte, episiotomía y suturar, utilizando al mismo tiempo técnicas modernas y técnicas tradicionales, en presencia, en muchos casos, también de la partera de su comunidad de la mujer<sup>77</sup>.

Estas promotoras se preparan tanto en la atención técnica (signos vitales del niño y la madre, atención prenatal, canalización y el manejo del ultrasonido) como en la atención humana y solidaria, donde el acompañamiento cálido a la parturienta es elemental. Además, ellas se exigen formarse también en medicina tradicional, conocer las posiciones tradicionales de parto, las plantas medicinales empleadas durante el embarazo, parto y posparto; así como también, sobre los medicamentos alópatas que son necesarios durante y después del parto, todo ello para la atención de las mujeres.

Con respecto a las consultas, cuando alguna promotora de salud no está segura en el diagnóstico o tratamiento que recomendará a su paciente, decide preguntar a otro promotor/a de más experiencia –llevando a cabo el principio de *caminar preguntando*-, y para realizar alguna acción en la comunidad, en el municipio autónomo o en el caracol, siempre se pregunta a las autoridades o responsables correspondientes. Esto es claro ejemplo del proceder de muchos/as promotores/as de salud autónoma parte esencial del SSAZ.

---

<sup>77</sup> Radio Zapatista (n. d.) Consultado en diciembre de 2010, disponible en: [http://www.radiozapatista.org/IIEncuentro/oventic\\_salud\\_areas.htm](http://www.radiozapatista.org/IIEncuentro/oventic_salud_areas.htm)

Cabe mencionar que algunos de los promotores/as de salud iniciaron su formación con anterioridad como miembros públicos de otras organizaciones, cuando el EZLN se cobijaba en la clandestinidad, quienes son nombrados ahora como viejos promotores y, otros, jóvenes en su mayoría, formados en la lucha, resistencia y construcción autonómica, educados en la *educación verdadera* zapatista, por compañeros de la *Organización* desde el ideario de los pueblos zapatistas<sup>78</sup>. La formación de este personal comunitario ha sido importante, desde el tiempo en que se decidió la guerra, la resistencia y la no aceptación al trato histórico que se les había otorgado a los pueblos indígenas; se decidió formar a promotores/as de salud de las mismas comunidades que atendiera los problemas básicos de salud y que poco a poco fueran tomado mayor incidencia tanto en su práctica médica como en su práctica política, para configurar otros trabajos necesarios en la construcción de la autonomía, trabajos como capacitadores/as en salud o coordinadores/as de salud.

Todo lo hasta aquí mencionado da un panorama general de lo que hoy se ha convertido la participación social y política de las comunidades indígenas y campesinas zapatistas de Chiapas, y la respuesta que se ha dado a los problemas locales de salud: creando un Sistema de Salud Autónomo Zapatista (SSAZ). Con la creación de las JBG se otorga la apuesta a la construcción de la *Autonomía* donde el centro, base y sustento son los pueblos bases de apoyo, la intervención militar del EZLN en los asuntos sociales y políticos de los pueblos es nula, únicamente se está en resguardo y cuidado de las comunidades y del territorio liberado:

El Ejército Zapatista de Liberación Nacional no puede ser la voz de quien manda, o sea del gobierno, aunque el que mande, mande obedeciendo y sea un buen gobierno [...] Nosotros estaremos pendientes de defenderlos, que para eso somos el Ejército Zapatista, el Votán-Zapata, el guardián y corazón del pueblo [...] los Consejos Autónomos no podrán recurrir a las fuerzas milicianas para las labores de gobierno. Deberán, por tanto, esforzarse en hacer como deben hacer todos los buenos gobiernos, es decir, recurrir a la razón y no a la fuerza para gobernar [...] Los ejércitos deben usarse para defender, no para gobernar [...] Sigue siendo nuestro trabajo y nuestro deber proteger a las comunidades de las agresiones del mal gobierno, de los paramilitares y de todos

---

<sup>78</sup> Donde las trece demandas zapatistas son la guía curricular (en la zona Selva-Tzeltal) con la cual se combinan las diferentes materias por estudiar, la unidad y el compañerismo los principios y el conocimiento de todo aquello que es necesario para la lucha un requisito, donde la cultura de cada pueblo es la luz de la práctica educativa. Sobre la educación autónoma zapatista puede verse Baronnet, (2009) *Autonomía y educación indígena: escuelas zapatistas de Las Cañadas de la Selva Lacandona de Chiapas*. Tesis de Doctorado, México: El Colegio de México-Université Sobornne Nouvelle-París III.

aquellos que quieran hacerles mal. Para eso nacimos, para eso vivimos y por eso estamos dispuestos a morir (Subcomandante Insurgente Marcos, 2003).

Es este el andar de la salud comunitaria desde la autonomía regional, donde es importante la continua construcción del SSAZ y de la red que se ha estructurado para su instrumentación, estas acciones logran conectarse perfectamente al concepto que consideramos sobre salud comunitaria<sup>79</sup>, ampliándolo más allá de lo comunitario para instalarlo en una articulación de relaciones y redes de salud que buscan solucionar los problemas de salud en marco del ejercicio de una autonomía de hecho.

Sobre el apoyo de la sociedad civil, el apoyo internacional al financiamiento parcial de las inversiones para las infraestructuras de los programas sociales autonómicos este se concentra principalmente en las áreas de salud y educativas. Los fondos recibidos se integran, en general, a proyectos cuyas iniciativas, planeación, construcción y mantenimiento recaen completamente en las bases de apoyo y sus representantes electos (Baronnet, 2009: 276). Los aportes son provenientes de grupos radicados en lugares europeos como el País Vasco, Cataluña, algunas ciudades y regiones de Italia, Francia, Alemania o Grecia, donde la cuestión de la autodeterminación y la autogestión ha cristalizado las luchas y las conciencias políticas desde hace más de un siglo (Chávez, 2008). También en el proyecto de salud autónomo se ha fortalecido mediante la participación de grupos e individuos nacionales de medios urbanos y rurales; no sólo mediante acciones en salud (campañas, caravanas, jornadas), también se han logrado desarrollar programas de capacitación (Chávez, 2008: 90) como lo es el programa de formación que lleva a cabo SADEC en ocho MAREZ, responsabilidad de la JBG de Roberto Barrios y la JBG de La Garrucha.

Pero aún falta mucho por hacer, si bien hay muchas enfermedades que son atendidas en los pueblos como infecciones de vías respiratorias, parasitarias e intestinales y el riesgo de muerte materna en regiones autónomas ha disminuido:

---

<sup>79</sup> Entendida ésta como un proceso autogestivo de regulación del proceso salud-enfermedad desde un enfoque social, biológico y pedagógico, donde los involucrados son sujetos sociales que sustentan los trabajos en salud. Pasa a ser parte de la organización comunal para la reproducción de la vida y se combina, para su instrumentación, con todo el tejido social comunitario haciendo uso de los conocimientos necesarios, propios y ajenos, tradicionales e institucionales, para la práctica de la salud.

[...] algunos logros directos respecto a la muerte materna, caso de dos Clínicas Autónomas ubicadas en la región Selva, donde se ha logrado evitar la muerte materna en periodos de más de 8 años mediante la capacidad renovada de un primer nivel de atención que no sólo responde técnicamente a las históricas carencias en salud de regiones rurales con población indígena, sino que también ha modificado las condiciones ordinarias de un proceso salud-enfermedad modelando ‘la salud verdadera’ [...] (Chávez, 2008: 91).

También ya se están dando los primeros pasos en la construcción de Clínicas Autónomas (Unidades de Referencia) con servicio intermedio, donde pueden realizarse cirugías y algunos otros servicios de especialidad, pero que por no contar con el equipo ni el personal suficiente para ello esto camina en un proceso lento. Existen muchos promotores/as de salud en constante formación y se está otorgando el lugar que merecen a las prácticas y conocimientos médicos tradicionales, tanto a nivel educativo como en el ejercicio médico. Muchas comunidades actúan conjuntamente con su personal de salud y sus responsables correspondientes para realizar acciones en torno la prevención y promoción de la salud. El SSAZ en general tiene:

- **Infraestructura.** Dos unidades médicas de referencia intermedia, donde se realizan cirugías, entre 25 y 30 unidades médicas de primer nivel y más de 200 Casas de Salud Comunitarias, atendidas por promotores de salud.
- **Personal de salud.** De las mismas comunidades que están a cargo desde los servicios asistenciales hasta la coordinación de todas y cada una de las actividades, desde un promotor de salud de una comunidad de 50 personas hasta la coordinación que establecen los 5 Caracoles que aglutinan a [29] municipios autónomos.
- **Políticas de salud.** Que busca hacer de ésta, un derecho de la población; que incorpora elementos como un concepto de salud que se relaciona con la vida y las capacidades individuales y colectivas.  
Todo ello desarrollándose de forma articulada [...] (Alquicira, 2008: 79).

Sin embargo, existen comunidades que no han nombrado su promotor/a de salud, ya sea por sustitución o por haber conformado un nuevo poblado o, en ocasiones, existen ciertas irregularidades en el cumplimiento del pueblo con sus compromisos colectivos con respecto al apoyo a sus promotores autónomos (Baronnet, 2009). En entrevista con el presidente del Consejo del MAREZ Ricardo Flores Magón, en agosto de 2005, Baronnet (2009) nos muestra la responsabilidad y el compromiso que se exige a los pueblos para apoyar a sus promotores/as autónomos:

De por sí hay muchos promotores cuando se organiza bien el pueblo, cuando tiene el pueblo la voluntad de defender a su promotor, porque estamos en la resistencia y solamente servimos al pueblo

voluntario, porque ahí no hay ganancia [...] solamente trabajamos con voluntad ante el pueblo, pero si también el pueblo tiene la conciencia, tiene el corazón de apoyar a sus promotores, de darle todo mantenimiento, si llega el tiempo de hacer milpa pues se tiene que hacerle su milpa y cosecharle su milpa; darle una parte para que se sostenga todo el año [...] Por esa razón los promotores le echan ganas al trabajo, porque respaldado está por el pueblo. Es compromiso del pueblo y el pueblo lo cumple (Baronnet, 2009: 251-252).

Pero que no siempre resulta, pues hay casos en que los promotores tienen que resolver sus necesidades individuales o familiares como pueden, organizándose para continuar con su cargo encomendado, llevando a la *“preocupación el sostenimiento familiar, [lo que] representa un obstáculo considerable por permanecer varios años como promotor”* (Baronnet, 2009: 208). Sin embargo, esta autonomía es un proceso de autoaprendizaje y de enseñanza en construcción el cual se camina y se defiende con la convicción de llevar a cabo lo decidido por los propios pueblos y comunidades.

El tránsito por estos caminos nos da el *con-texto* y los hilos de nuestro tejido-bordado que son fondo de nuestro tema de estudio. En este andar nos encontramos, por un lado, con una territorialidad: el estado de Chiapas, en sus regiones Selva Lacandona, Maya y Tuliujá-Tseltal-Chol; y cinco municipios oficiales, así como, una zona autónoma que abarca cinco regiones zapatistas y 29 municipios autónomos. Unos sujetos: instituciones gubernamentales que instrumentan políticas indigenistas de salud; ONG's de diferente índole; instituciones de educación superior (la UAM-X) y acciones en salud comunitaria y educación en salud desde la autonomía regional zapatista con su sistema de salud autónomo. Además, con un con-texto político donde, por un lado, se dan las luchas por el reconocimiento étnico y político –el indígena- y por otro, políticas de invisibilización donde los pueblos son tratados como *objetos*. Un contexto social donde se realizan acciones gubernamentales para negar a lo indígena, en las instituciones de salud pública aún continúan los tratos discriminatorios y racistas con los pacientes indígenas, ya que, lo que predomina en el servicio médico es el desconocimiento y, por tanto, uso de estereotipos durante la práctica médica; relaciones que –además de las políticas económicas neoliberal- han mantenido a las poblaciones en pobreza y marginación; y, por otro, las respuestas a problemáticas sociales donde los pueblos han pasado a dirigir su propio rumbo, han pasado a ser *sujetos históricos* y han logrado tomar, en sus manos, proyectos, programas y sistemas de salud, educación, comercio, justicia y comunicación.

Todo ello confluye en su complejidad y se anudan en nuestro tema de estudio: *los procesos de formación en salud comunitaria* donde, además, hay cruces epistemológicos con respecto a los conocimientos que se enseñan y se aprenden y la relación que se establece entre los sujetos involucrados dando como resultado el ejercicio de diferentes prácticas pedagógicas en salud.

Lo que a este trabajo de investigación interesa es precisamente las acciones y planteamientos pedagógicos que realiza SADEC, A. C., la cual también se encuentra anudada en ese contexto y es parte y resultado de esa complejidad. Una vez iniciada esta lectura y este caminar hay que continuar dando cuerpo y relieve a nuestro tejido-bordado, ahora pasaremos a enunciar lo que corresponde al camino y la intervención pedagógica de nuestra asociación, desde el discurso y las acciones de los involucrados y, así, poder ir vislumbrando la *forma-figura* que dará cuerpo a nuestro *tejido-bordado*.

## Capítulo 3. SADEC y su intervención pedagógica

---

Como vimos la formación de personal en salud comunitaria (“vacuneros”<sup>80</sup>, notificadores, técnicos en salud, promotores/as, parteras) en el estado de Chiapas se ha visto desde el ámbito gubernamental como la *capacitación técnica en salud*, donde su desenvolvimiento profesional circunda en los ámbitos de educación para la salud y la curación, reduciendo su campo de acción únicamente como auxiliares en salud sin otorgarles reconocimiento como sujetos sociales capaces de ejercer una práctica médica más allá de lo instrumental. En esta capacitación de técnicos en salud los CMT de las comunidades quedan reducidos a simples “remedios caseros” o circunscritos en una serie de estereotipos que clasifican esa práctica médica (comadrona, brujo, hierbatero, curandero...) sin ser reconocidos como conocimientos de enseñanza por quienes ejercen el Conocimiento Médico Institucional (CMI), el cual consideramos se origina bajo perspectivas sociales, filosóficas y epistemológicas occidentales y se caracteriza estructuralmente:

[...] por su biologicismo, concepciones teóricas evolucionistas-positivistas, ahistoricidad, asociabilidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud como mercancía, relaciones asimétricas en el vínculo médico-paciente, exclusión del ‘consumidor’ de los saberes, legitimación jurídica y académica de las otras prácticas, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos, expansión a otras problemáticas a las que medicaliza, tendencia al control, al consumismo, a la escisión entre teoría y práctica correlativa a la tendencia de escindir la práctica de la investigación (Menéndez, 1992, en: Freyermuth, 2003: 10).

CMI que se impone en una acción colonizadora como justificación de la “necesaria inclusión de las comunidades al progreso del país”.

Pero más allá de esta visión, también nos dimos cuenta que existen experiencias de participación en educación en salud en marcadas en la intervención de la sociedad civil en

---

<sup>80</sup> En la década de los setenta, cuando la Jurisdicción de Salud de la SSa en el municipio de las Margaritas, Chiapas; realizó brigadas de vacunación, la gente acostumbró llamar *vacuneros* a las personas que realizaron dicha actividad en las comunidades. Estas personas, con tercer o cuarto grado escolar, eran capacitadas en dos o tres días sobre los diferentes tipos de biológico (vacunas), la dosis que debían aplicar de acuerdo al tipo y sus contraindicaciones (Véase Bolaños, 1998).



conjunto con instituciones de educación superior quienes respaldan y dan seguridad al actuar.

Acciones en educación en salud donde los sujetos involucrados poseen y desarrollan su capacidad de intervención, donde los conocimientos médicos involucrados se comparte mediante un *inter-cambio* de saberes; sustentando, la formación del personal en salud comunitaria en el *compromiso social, el respeto y la responsabilidad hacia las comunidades* para dar respuesta a sus necesidades en salud.

Una de esas OSC respaldada por una universidad es SADEC, A. C., organización 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. Dicha asociación posee una trayectoria que se *re-construye* cada momento en su *estar con* las comunidades, la cual la ha configurado como un sujeto social congruente con lo aprendido en ese estar con los pueblos organizados. Por ello es necesario acercarnos y conocer el camino andado, un camino que posibilita continuidad, regresos y altos reflexivos para elegir rumbos. El camino andado de SADEC es lo que nos interesa por ello intentaremos acercarnos a éste.

### **3.1 SADEC: El camino**

Actualmente, su participación y movilidad territorial se ubica en tres regiones socioeconómicas del estado de Chiapas: la región XII Selva Lacandona, región XIII Maya y región XIV Tulijá-Tzeltal-Chol. Además interviene en la región de la Montaña Alta del estado de Guerrero.

En Chiapas su estar se ubica, principalmente, en algunos MAREZ (Emiliano Zapata, del Trabajo, Campesino, Dignidad, Montaña, Ricardo Flores Magón, San Manuel y Francisco Villa) y dos JBG, “El Camino del Futuro” y “Nueva Semilla que va a Producir”, los cuales transgreden a cinco municipios oficiales (Palenque, Tila, Sabanilla, Chilón y Ocosingo); además, colabora con otras ONG’s en el estado.

En Guerrero trabaja con el Centro de Derechos Humanos de la Montaña “Tlachinollan”, en la región Me’phaa de Guerrero (Montaña Alta), lleva con ellos dos años de trabajo interviniendo en la formación de trabajadores en salud comunitaria, principalmente promotores/as de salud y parteras<sup>81</sup>.

Estas intervenciones contribuyen a procesos de auto-atención en salud, que en el caso de Chiapas ha caminado de la mano del movimiento zapatista, de la construcción y ejercicio de su autonomía regional, ya que, con la intervención de SADEC en salud y educación se ha abierto un canal de alimentación con lo que hoy se configura el SSAZ.

SADEC surge en un contexto social y político importante para nuestro país, el levantamiento armado zapatista. Después de enero de 1994 la mirada de muchos sectores de la sociedad se depositó en el sureste mexicano<sup>82</sup>. Esta asociación nace con una experiencia importante en salud, ya que sus miembros participaron en los años ochenta en un programa de salud en la región de Marqués de Comillas: el *Programa de Salud Comunitaria de Marqués de Comillas* (PSCMC), en coordinación con el entonces INI; programa que construyó una estructura en salud con base en el trabajo comunitario, donde las personas y los pueblos involucrados reconocieron su capacidad de intervención y fueron reconocidos por sus mismos interlocutores –los médicos asesores y coordinadores del programa-; en voz de uno de sus fundadores:

[...] se creó toda una red de promotores de salud y parteras, se construyeron Casas de Salud desde la población y, con el apoyo del INI se construyeron cuatro Centros de Salud, hoy esos cuatro los monitorea la Secretaría de Salud, son Centros de Salud de la Secretaría; se impulsó la creación de un hospital de segundo nivel, que es el de Benemérito y, el IMSS construyó una unidad más [...] es una

---

<sup>81</sup> Región conocida como Tlapa Guerrero, en la Montaña Alta de Guerrero, donde se ubica Metlatónoc, uno de los municipios más pobres del país donde han muerto personas por enfermedades curables. Pocas comunidades cuentan con agua potable. Existen tres redes de distribución eléctrica. El combustible que se usa comúnmente es la leña. Los servicios estatales de salud tienen instalados 18 centros de salud en los municipios de Malinaltepec, Tlacoapa y Zapotitlán Tablas, aunque en su mayoría carecen de medicinas. Entre las organizaciones con quienes trabaja el Centro de Derechos Humanos “Tlachinollan” se encuentran: Radio Ñomndaa, el Consejo Regional de Autoridades Comunitarias (CRAC), la Organización del Pueblo Indígena Me’phaa (OPIM) y la Organización por el Futuro del Pueblo Mixteco (OFPM).

<sup>82</sup> Si bien hubo experiencias anteriores –en la décadas de los setenta y ochentas- de organizaciones de la sociedad civil en el campo de la salud y la educación, pero, la lucha armada que emergía de los pueblos indígenas los situaba en posiciones a favor o en contra. De hecho en la década de los noventa hasta nuestros días las OSC u ONG han aumentado exorbitantemente y se han diversificado en sus modos, fines y sectores de la población a quienes atiende en su intervención político-social.

región ahorita que tiene 25 000 habitantes y tiene siete Centros de Salud y, además, un hospital de segundo nivel (Entrevista realizada a Joel Heredia, uno de los fundadores y actual socio de SADEC, mayo 2010).

Este programa fue desarticulado entre los años de 1994 y 1995 por el gobierno federal, pasando la dirección –que ya se encontraba en manos de los pueblos- y su financiamiento correspondiente a la Secretaría de Salud, lo que produjo un cambio total en los propósitos del PSCMC, esto en respuesta a todo aquello que diera posibilidad a la organización de las comunidades. La experiencia de trabajo en el PSCMC daba la pauta para seguir en la brecha del trabajo en salud comunitaria y de educación en salud en las comunidades indígenas y campesinas del estado. Experiencia que se fue convirtiendo en proyecto de vida.

Con la intervención del gobierno federal, los médicos y algunos promotores y promotoras de salud decidieron conformar un grupo independiente e intentaron continuar en la región; replanteando su *estar* ante la *figura política y social* que emergía: *las comunidades indígenas y campesinas*.

Pero dicha intervención se fue reduciendo: falta de recursos materiales, financieros y poca disponibilidad de la población<sup>83</sup>, así que el grupo decidió replantear ese *estar con* y conformarse en un colectivo con figura jurídica que le permitiera continuar, a largo plazo, con el trabajo en salud desde una posición política y social clara ante el contexto que en nuestro país se vivía a principios de los años noventa. En voz de uno de los fundadores:

[...] en el 94 se da el levantamiento, hay toda una cuestión de recorte de presupuesto [refiriéndose al PSCMC] nos cortan en 95, pues ya no hubo nada y volteamos a ver y [estaba] la invitación de las comunidades, o sea nosotros no podíamos dejar por un lado solas a las comunidades porque estaba esa demanda de promotores de salud [...] y, a la vez, pues eran regiones donde habíamos estado trabajando, eso nos invita, y se da una cuestión de apoyo a la emergencia [...] esa parte se inicia en el 95 en Las Tazas, sobre todo en esa zona de las Cañadas, donde era más fuerte la presencia del ejército, de hecho es cuando entra el ejército, en 94 es cuando se retira el ejército y en el 95 vuelve a entrar y es cuando se siente la tensión, desplazamiento de comunidades, entonces vimos nosotros igual la necesidad de estar allá, de tener presencia en las comunidades, sobre todo en dos comunidades que, bueno, componían toda una región: Las Tazas y Amador Hernández. SADEC se hace pues ya formalmente o forma una figura legal en el 96 y ahí arrancamos para acá, trabajando

---

<sup>83</sup> Con el ingreso de personal de la Secretaría de Salud mucha población creyó en el acceso a una mejor atención sin valorar, en un primer momento, el trabajo de promotores, promotoras de salud y parteras de las propias comunidades.

igual con promotores de salud (Entrevista realizada a Saúl Hernández, fundador y actual coordinador de SADEC, mayo 2010).

SADEC se constituye como asociación civil ante la búsqueda de una *intervención social congruente* con lo aprendido en su *estar con* las comunidades y el mantenerse como sujeto social y político, lo que permite su nacimiento, asunto que resultó sencillo por la experiencia que se tenía en el campo de la salud y la educación en salud. Así la decisión se convirtió en organización y trabajo acompañando a los pueblos en el ejercicio de una demanda: la salud.

Esta ONG se dedica a la *formación de recursos humanos en salud*, a la atención médica, al impulso de estrategias sanitarias y a la organización en salud. Labor que realizan en coordinación con las comunidades con quienes trabaja.

Las personas que componen la asociación son: un grupo de socios/as, entre ellos médicos egresados de la UAM-X y personal en salud formado en las comunidades; algunos colaboradores como pasantes de medicina, estomatología y enfermería del PIIDHCH de la UAM-X, al igual que un médico que participa en tareas de enseñanza y supervisión del área médica y personal administrativo.

Las actividades que se llevan a cabo son: coordinación de proyectos, asesoría, *capacitación*, atención médica, gestión y apoyo logístico en las áreas de salud general, salud oral, salud reproductiva, nutrición y herbolaria.<sup>84</sup>

De esta forma los años de 1994 y 1995 fueron el parte aguas para que un colectivo de personas comprometidas con el trabajo en salud comunitaria y educación en salud pudieran construir un proyecto de vida conjuntamente con otros sujetos sociales que compartían la misma visión sobre el propósito de la medicina.

Desde 1995 su trabajo se concentró en comunidades zapatistas, en principio, únicamente como apoyo a la emergencia y como barrera de contención y observación por la situación de conflicto. Este trabajo se realizó junto con la organización internacional

---

<sup>84</sup>SADEC, A.C. 2011. *Quiénes somos*. Página web, consultada en abril de 2011, disponible en: <http://www.sadec.org.mx>

Médicos del Mundo España, logrando colocar un puesto médico de emergencia en la comunidad de Las Tazas en ese año. El trabajo daba un giro en su parte externa, en su presentación, pues ahora se realizaría con la bandera internacional de Médicos del Mundo, apelando a la neutralidad de los servicios de salud, y ya no desde una institución de gobierno (el INI), elemento fundamental que permitió el tránsito de SADEC por las comunidades en resistencia<sup>85</sup>.

[...] fue Médicos del Mundo España quienes [...] nos propusieron trabajar en conjunto porque ellos querían echar andar un proyecto en concreto, un proyecto en emergencia en la zona de las Cañadas [...] en conjunto con médicos [de ambas partes] y ahí empezamos a trabajar con ellos [pero] por toda la xenofobia que se dio y la negación y de la posibilidad de que pudieran estar aquí extranjeros, los médicos españoles nunca llegaron, llegaban pero a Tabasco, no podían entrar a Chiapas y acabamos nosotros haciendo el trabajo de campo; ahí arrancamos tuvimos un pequeño financiamiento o un financiamiento importante, pequeño porque estaba acotado a una región con relación a lo que manejábamos, pero muy importante porque nos daba la posibilidad de tener un equipo trabajando [...] (Entrevista realizada a Joel Heredia fundador y socio actual de SADEC, mayo 2010).

Los espacios se fueron abriendo, por un lado, debido al trabajo que médicos y promotores de salud habían realizado anteriormente en la zona y por el aprendizaje que éstos se permitieron en su *estar con* las comunidades y, por otro, por el reconocimiento de las comunidades y del personal en salud como sujetos sociales.

Como avanzaban los trabajos en el puesto médico de emergencia, el personal médico que ahí laboraba se fue dando cuenta de la necesaria preparación que externaban los promotores de salud cuando acudían a la clínica, que ahora les pertenecía y que tenían que cuidar. Por ello solicitan a las autoridades de las comunidades en resistencia permiso para realizar trabajos de capacitación a su personal de salud, quienes acceden y para finales de 1995 se inicia la etapa de *formación a promotores y promotoras de salud autónoma*.

A principios de 1996 se constituye legalmente la asociación civil Salud y Desarrollo Comunitario, así, con ese aspecto legal el grupo de médicos y médicas, promotores y promotoras de salud, apostaron al trabajo a largo plazo y de manera independiente, más allá

---

<sup>85</sup> La declaración de guerra al ejército federal, el rechazo a todo “apoyo” gubernamental y la apuesta por la construcción de la autonomía, se vuelven elementos importante en la historia que los pueblos continúan escribiendo con sangre y esperanza para nuestro país y para el mundo, como sujetos histórico-políticos capaces de crear caminos donde no se niegue el estar-siendo indígena.

de lo asistencial, ahora como elemento en la construcción del proyecto de vida propio de las comunidades donde los pueblos tienen voz y voto.

Ya como SADEC, A. C., los trabajos siguen su rumbo con el apoyo de varias ONG's nacionales e internacionales, se abren otros espacios de salud en comunidades de lo que conformaba anteriormente la región Selva (ver Anexo 2, mapa 2), principalmente en las Cañadas de Ocosingo y en la zona autónoma de Roberto Barrios; y, posteriormente, en la región de los Altos de Chiapas en la comunidad de Polhó.

Con la situación de conflicto vivida y por el acoso constante del ejército federal y grupos paramilitares hacia las comunidades, es que varios grupos, colectivos y asociaciones de la sociedad civil deciden conformar la Coordinación de Organismos No Gubernamentales por la Paz (CONPAZ) como un espacio de participación por la Paz. El colectivo que conforma SADEC participa desde 1994 y formalmente se incorpora en 1996. Organización que tiempo después se desarticula. Esto, sin lugar a dudas, nos hace percibir la línea de acción política con la que SADEC 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 escuchado y respetando la palabra hecha comunidad.

Son las propias comunidades y sus autoridades quienes solicitan a SADEC que participe en la formación de los promotores/as de salud autónoma, para lo cual, la asociación retoma la esencia, modo y estructura de su experiencia educativa anterior, con la visión a corto, mediano y largo plazo –se traslada los lineamientos del PSCMC a municipios autónomos reconfigurando el trabajo a través del andar<sup>86</sup>-.

Nuevamente se trabajaría en la construcción de una estructura en salud ahora con la regulación, control y dirección desde las propias comunidades. Se inicia con la etapa de *Formación*, tanto del personal en salud comunitaria como en la infraestructura;

---

<sup>86</sup> Por ello la experiencia de trabajo educativo durante el PSCMC pasa a ser el primer momento en que miembros de SADEC se forman para intervenir en el ámbito de educación en salud en zonas autónomas (ver siguiente sub-apartado).

considerando en todo momento la *Capacitación y Atención Médica* como elementos importantes<sup>87</sup>.

Para 1998 en SADEC se crea un programa de capacitación para *Parteras Comunitarias*, como resultado de cursos y talleres que ya se venían realizando<sup>88</sup> y, junto con ello, se continuó más exhaustivamente con los trabajos en la sistematización de plantas medicinales. La problemática de la mujer ha sido parte importante de la intervención de SADEC, por ello, el elemento *Género* forma parte de sus ejes constitutivos y es causa de la construcción de otro proyecto de salud enfocado a la salud integral de la mujer: Casa de la Mujer Ixim Antsetic (CAM), en la ciudad de Palenque, en 1998:

La situación de las mujeres [...] nos llevó en 1998 la creación de la Casa de la Mujer, que se formó con la idea de ofrecer un centro de atención médica, psicológica y legal a las mujeres de diferentes regiones de la zona selva norte, en el marco de las estrategias de atención a la salud comunitaria impulsadas por la organización no gubernamental Salud y Desarrollo Comunitario (SADEC, A. C.). En este contexto la apertura de la Casa de la Mujer se perfiló como un eslabón de la cadena de servicios comunitarios que permitía vincular estos servicios con los de atención de segundo nivel (López Silva, 2005: 57)<sup>89</sup>.

También, en 1998 y 1999 se apoyó a población desplazada por la masacre de Acteal, realizando trabajo en la Clínica Autónoma de Polhó, donde la participación de los estudiantes de la UAM-X resultó importante<sup>90</sup>.

De 2000 al 2006 el trabajo se enfocó al desarrollo y fortalecimiento de la red local de salud autónoma, se crearon Unidades Médicas como puntos de referencia (Clínicas Autónomas) en diferentes lugares de las zonas de trabajo. Se editó el manual para

---

<sup>87</sup> La preparación médica de promotores y promotoras de salud se basó en salud general, salud oral y salud reproductiva configurando, con el tiempo, la especialidad de cada trabajo desde la visión de las propias comunidades.

<sup>88</sup> Por el trabajo realizado en la atención materno-infantil y por la participación de las parteras en la atención a partos, ha disminuido el índice de mortandad materno-infantil en algunas zonas autónomas (ver Heredia, 2008).

<sup>89</sup> López Silva Concepción fue una de las médicas que fundó SADEC y, posteriormente CAM como asociación civil. Colaboró con la formación de promotores/as de salud, principalmente, su trabajo se enfocó con parteras comunitarias.

<sup>90</sup> Donde, a través del PIIDHCH estudiantes en servicio social de diferentes disciplinas participaron en asistencia médica a comunidades desplazadas, se construyeron proyectos de desarrollo sustentable y realizaron investigación académica.

promotores de salud *Construyendo la Salud*, síntesis de la experiencia educativa en salud, el cual es sugerencia y guía para la práctica médica comunitaria:

Se hace el manual con base en ir seleccionando, clasificando de alguna forma las diferentes enfermedades y sus causas [...] lo que tiene que ver con la cuestión del trabajo, qué enfermedades da al campesino en el campo, relacionado con su parcela, cuáles son los riesgos que corre o si trae una infección qué, si es digestiva, respiratoria. Yo creo que eso fue como ir [...] separando las enfermedades y creo que esa es una, una forma que nos fue guiando de cómo ir haciendo ese manual. Anteriormente manejábamos los manuales así sueltos, bueno más en papelógrafos y, yo creo, a esto ya le fuimos dando forma [...] (Entrevista realizada a Saúl Hernández fundador y coordinador de SADEC, agosto 2010).

En 2003 las mujeres que trabajaban en CAM deciden constituirse como asociación civil, se da una escisión con SADEC pero se continúan los trabajos de manera coordinada, ya que se considera importante la intervención en salud de las mujeres:

[...] SADEC se mantiene en coordinación con Casa de Apoyo a la Mujer, en Palenque, [...] para brindar atención a mujeres o en su caso revisar cómo están recibiendo los servicios [...], las médicas que están en Casa de la Mujer acompañan a pacientes que requieren acompañamiento psicológico o jurídico o se le da la consulta [...] ya sea que se va al MP [Ministerio Público], si se van al DIF regional, si se van al hospital. Pero ha habido casos que a través de SADEC se canalizan pacientes para allá [a CAM] (Entrevista realizada a Fulgencio Díaz, fundador y coordinador de capacitación de SADEC, mayo 2010).

Mismo año en que el MAREZ Ricardo Flores Magón solicita la participación de SADEC como asesor en la construcción de proyectos de salud autónoma. La construcción del SSAZ estaba avanzando.

Para 2008 la intervención de SADEC en las comunidades autónomas se transformó por el andar que las propias comunidades han tomado en la construcción de su autonomía. Ahora los pueblos base de apoyo zapatistas han tomado en sus manos la formación de su personal de salud: promotores, promotoras de salud y parteras, en el caso de los multiplicadores, éstos siguen siendo formados por grupos externos que apoyan los proyectos zapatista<sup>91</sup>.

Actualmente el trabajo de SADEC se encuentra, de manera fuerte, en la capacitación con multiplicadores, sin embargo, se realizan trabajos dónde y cuándo las

---

<sup>91</sup> Aunque, como ya vimos la formación de personal en salud se vino dando desde antes del levantamiento armado durante la etapa de preparación.



comunidades y pueblos autónomos, por medio de la voz de sus responsables (JBG y MAREZ) decidan, ya sean cursos, talleres de actualización con promotores/as de salud, parteras o lo referente a su sistema de vacunación<sup>92</sup>; siempre considerando que todo trabajo que se realice es de responsabilidad compartida donde la articulación coordinada de las actividades es importante.

En voz del coordinador de capacitación de SADEC vemos cómo se considera su presencia como organización en las comunidades donde trabajan:

[...] si podemos estar presentes qué bueno pero si no, no es tan importante; si podemos estar ausentes mejor también, [...] en su mejor de los casos que exista todo un programa en el que, si en su inicio estuvimos y luego ya no podemos estar porque ellos mismos están asumiendo todos sus niveles de esfuerzo para lograr tener todo un servicio de salud, un sistema es mejor para nosotros y para la gente también [...] es entre todos, [que] sigan asumiendo, que los promotores de salud hagan cosas, las autoridades, los multiplicadores, dentro de los multiplicadores tienen sus coordinadores y, bueno, pues están coordinando están gestionando, están capacitando, están observando a los promotores de salud cómo van trabajando, entre ellos se están revisando cómo va su trabajo, pues eso es mejor, y eso es parte del funcionamiento para ser autónomo (Entrevista realizada a Fulgencio, fundador y actual coordinador de capacitación de SADEC, agosto 2010).

Durante 2005 realizaron trabajos de asistencia médica respondiendo a su compromiso social de dar respuesta a situaciones de emergencia, en Siltepec, región Sierra, por el huracán *Stan* y apoyaron con asistencia médica en Tabasco por las inundaciones en 2007. En 2010 en coordinación con CAM apoyaron la emergencia en Haití.

Actualmente se trabaja en coordinación con las JBG e interactúa con una parte del SSAZ, que se compone por el personal de salud comunitaria (promotores/as de salud y parteras), Casas de Salud, Clínicas Autónomas, Clínicas Autónomas Centrales y Farmacias Comunitarias, con un par de hospitales de referencia intermedia, uno en Oventic y, otro, en San José del Río, en la Realidad. Trabaja de manera coordinada con las promotoras de Salud Sexual y Reproductiva, con quienes se han compartido algunas sesiones de trabajo pero, como ya se mencionó, su trabajo fuerte es con multiplicadores, con la formación de formadores, con la formación de maestros en salud.

---

<sup>92</sup> SADEC es puente para realizar trámites institucionales: prestadores de servicio social (a través del PIIDHCH, con la UAM-X) y la solicitud del biológico, las vacunas con la Secretaría de Salud.

Actualmente trabajan 13 profesionistas de la UAM-Xochimilco en las áreas de medicina, enfermería y estomatología como pasantes en servicio social, en las comunidades de: Las Tazas, Arroyo Granizo, San Jerónimo Tulijá, La Culebra, San Marcos, Jolnixtie y Río Grande<sup>93</sup>.

En conclusión 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.

Es una ONG honesta que es respaldada por una institución superior que la ha marcado y le ha proporcionado ciertas herramientas para intervenir en materia de salud en contextos rurales (sistema modular, la concepción del proceso salud/enfermedad desde el ámbito social) y es parte de la necesaria reciprocidad de la universidad con la sociedad siendo un puente para que pasantes en servicio social puedan involucrarse con problemas sociales de nuestro país.

Asociación en cuyo camino, en su *estar con* las comunidades, ha ido configurando una forma de intervenir en educación en salud, si bien, resultado de la complejidad de situaciones y sujetos con quienes se involucra y que la han llevado a configurar lo que hoy es su planteamiento y práctica pedagógica.

Su práctica y planteamiento pedagógico es lo que nos interesa, ¿cómo se fue configurando y qué lo condiciona actualmente? ¿Cuáles han sido sus planteamientos teórico-metodológicos, sus contenidos de enseñanza, las herramientas y técnicas empleadas durante su práctica? ¿Cómo relaciona los CMI y los CMT durante su intervención? y ¿cómo ha caminado pedagógicamente en el área de la salud? Estas son algunas de las preguntas que intentaremos responder en los sub-apartados subsecuentes.

---

<sup>93</sup> Se puede ver la cronología de la asociación y regiones de trabajo en el Anexo 9.

### **3.2 Intervención pedagógica: dos momentos, una experiencia**

El querer comprender un proceso educativo en el ámbito de la salud comunitaria nos conduce a la búsqueda de aquellos elementos que lo originan y le dan forma, uno de ellos se presenta en el *hacer*, en la intervención pedagógica, donde involucrados se recrean día con día ante condiciones histórico-políticas y sociales específicas. El presente sub-apartado intentará dar cuenta sobre un *hacer*, sobre el cómo surge y se va configurando la intervención pedagógica de SADEC en la formación de trabajadores de salud comunitaria y autónoma.

Para ello es necesario reconocer los elementos que han marcado esa acción educativa y, así, comprender, en los espacios en los que ha participado, su intervención pedagógica en la formación de promotores/as de salud, parteras y multiplicadores/as de salud del SSAZ.

Para acercarnos a ese *hacer pedagógico* es necesario mirar y escuchar dos momentos, ya que en ellos SADEC se ha configurado como sujeto social y político en el ámbito de la salud comunitaria y en educación en salud. El primer momento se ubica a principios de los años ochenta, cuando socios actuales de la asociación participaron en el PSCMC durante los años 1985 a 1994, periodo que es base de su actuar posterior. El segundo momento se ubica hacia 1994 y hasta nuestros días, que es cuando en una coyuntura política y social –que ha marcado la historia contemporánea de nuestro país– nace SADEC, primero como colectivo y después como asociación civil. Quienes lo conforman deciden mantenerse en el estado y continuar con el trabajo en salud y educación desde otros espacios y con sujetos histórico-políticos que se hacen visibles para no seguir muriendo.

Ambos momentos tienen como común denominador: *la formación de trabajadores en salud comunitaria*, por lo cual es necesario mirarlos y escucharlos para poder comprender la acción pedagógica actual de SADEC en y con los municipios autónomos zapatistas. Así que daremos paso a lo siguiente:

### **3.2.1 Primer momento. Programa de Salud Comunitaria de Marqués de Comillas (1985-1994)**

Me atrevo a situar el *inicio-base* de la intervención educativa de SADEC en localidades de dos municipios oficiales de Chiapas: Marqués de Comillas y Benemérito de las Américas ubicados hacia la parte sur-frontera del estado y que se sitúan dentro de la región económica denominada Maya.

En esos espacios es donde se conformó una práctica médica que, ante las circunstancias histórico-políticas y sociales, fue combinando tres elementos importantes: *la salud, la participación comunitaria y la educación*, siendo la segunda el motor principal que alimentó todo el trabajo. Práctica que configuró un proyecto social –y proyectos de vida– donde los involucrados se convirtieron en juez y parte.

Médicos y pobladores de algunas comunidades de Marqués de Comillas se involucraron en acciones educativas ante la necesidad emergente de atender los problemas regionales de salud<sup>94</sup>.

Es en 1984 cuando un par de médicos, egresados de la UAM-X, llegan a la región para colaborar en dos comunidades de Marqués de Comillas: Quiringuicharo y Quetzalcóatl en los márgenes de los ríos Lacantún y Usumacinta.

---

<sup>94</sup> Estos problemas se acrecentaron por el aumento de la población en la zona. Marqués de Comillas fue una zona colonizada en varios momentos. Hacia los años setenta se incrementaron los campamentos de explotación maderera (en Chancalá los Aserraderos Bonampak-Maderera Maya), lo que permitió el asentamiento de nuevos colonos (De Vos, 2002), también por las políticas gubernamentales de ese entonces y por contener la oleada de refugiados guatemaltecos debido a la guerra civil que se estaba viviendo en aquel tiempo en Guatemala, se crearon los Nuevos Centros de Población Ejidal (NCPE) con lo que familias de distintos lugares del país (Oaxaca, Sinaloa, México, D.F. y de algunos lugares de Chiapas), fueron trasladadas a la zona ante la exigencia de que les fueran otorgadas tierras para trabajar. Es así como se va configurando el tejido social en la zona de Marqués de Comillas, pobladores que se enfrentaron a un medio natural y social desconocido y en el que tuvieron que aprender y sobrevivir; situación un tanto diferente para las familias de origen guatemalteco quienes, al compartir con México la parte natural y cultural de la frontera sur, su relación con el medio no fue difícil, cosa contraria, ante el conocimiento de plantas comestibles y medicinales de la zona, del clima y las semillas aptas para la siembra les permitió sobrevivir y, a su vez, compartir y enseñar a los ya colonos de la zona. Ante este panorama y por el aumento de la población fueron surgiendo grandes problemas de salud, por lo que algunas comunidades que ya empezaban a organizarse solicitaron a la Secretaría de Salud la asistencia médica con personal médico (Heredia, 2007a).

Iniciaron su práctica médica con asistencia a través de consultas, al poco tiempo se dieron cuenta que las circunstancias los rebasaban, ya que acudían muchas personas de las comunidades aledañas a pedir consulta ante la inexistencia de servicios de salud cercanos – llegaban pacientes con su familia haciendo un viaje de dos horas por lancha-, ante esto los dos médicos solicitaron el apoyo de la comunidad sede y, en asamblea, resuelven que se asistiera el trabajo con gente de la misma comunidad para realizar actividades de seguimiento a pacientes o en actividades de enfermería, con la sugerencia de las autoridades de que se enseñara a quienes acudieran a realizar dicho trabajo.

Es así como, en el ejercicio de una práctica profesional, los médicos se enfrentan a la necesidad de compartir sus conocimientos con personas de la comunidad, se enfrentan a un *proceso de enseñanza-aprendizaje en salud en contextos comunitarios*; trabajo para el cual no habían recibido preparación alguna. No estaban preparados para actividades de enseñanza:

[...] me hacía un espacio para darles las clases y hacer el proceso de enseñanza más didáctico, esto mismo lo empecé hacer en otras comunidades [...] inicialmente creíamos que era cosa de pararnos y empezar a escribir en el papel o el pizarrón con el gis que se conseguía ahí [pero] nos enfrentamos a la bronca de entender que un proceso de enseñanza no es lo que habíamos aprendido en la universidad, la gente no sabía leer ni escribir, cómo le hacíamos [...] (entrevista a Joel Heredia, socio y fundador de SADEC, 2010)

Fue como en un ejercicio de ensayo y error. Esta intervención educativa llevó a las comunidades a involucrarse con *conocimientos externos* que se convirtieron en *necesarios* para atender los problemas de salud.

Conforme avanzaba el trabajo y, porque la gente reconoció sus propias capacidades, hubo quienes exigieron su preparación en salud:

[...] vimos la necesidad de que alguien diera seguimiento al tratamiento de los pacientes, que alguien continuara con las inyecciones que yo no podía y había que hacerlo en los días subsecuentes y, al mismo tiempo, fueron ellos invitando a gente que participara y apoyara el trabajo [...] sobre la marcha fueron descubriéndose ellos y fueron descubriéndose en sus capacidades, en sus habilidades; entonces Fulgencio o Saúl o Juanita o María que eran cualquier otra niña de pueblo de 14, 15 años de repente se volvió en una figura importante [...] (entrevista a Joel Heredia, socio y fundador de SADEC, 2010).

Con la respuesta de las comunidades ante una *necesidad emergente* –para que la gente no siguiera muriéndose-, es como se concreta la idea de formar sujetos comunitarios en salud que, en primer momento, fueron capacitados para la atención a urgencias como: curar heridas, controlar diarreas, detectar paludismo; así también, en actividades prácticas y técnicas (inyectar, tomar la temperatura y seguir tratamientos de pacientes). Posteriormente, y por interés y preocupación de los involucrados, se va configurando una figura social que interviene fuertemente como trabajo comunitario: *los promotores y promotoras de salud*<sup>95</sup>, que posteriormente también se circunscribiría alrededor de otro sujeto social: *los multiplicadores, capacitadores o educadores en salud*.

Incidir en un ámbito donde no se tenía preparación alguna llevó a los dos médicos a la búsqueda de referentes teórico-metodológicos que pudieran orientar su intervención educativa, encontrándolos en ONG's como PRODUSEP, A. C., la Diócesis de San Cristóbal –con quienes compartieron materiales- y en el trabajo llevado a cabo por David Werner, experiencias que sirvieron de apoyo y arranque para el trabajo en formación de promotores y promotoras de salud en la subregión de Marqués de Comillas.

Estando ya en este camino de formar sujetos en salud comunitaria, aparece el INI con la intención de crear un proyecto de salud en la región:

[...] en ese ejercicio andábamos, como de dar los primeros cursos [...] llenos de muchos contenidos muy en la cuestión práctica-técnica: de tomar la temperatura, de inyectar, de poner una solución, en fin, en eso andábamos y con los problemas que eso implicaba de llevar el material, copias, etc., cuando aparece este proyecto del INI, entonces, mucho de esto quedó plasmado en ese proyecto, como la propuesta de formar promotores de salud [...] (entrevista a Joel Heredia, socio y fundador de SADEC, 2010).

---

<sup>95</sup> Es como nace la figura de promotor de salud, que se retomaría después en el PSCMC. Desde los 50 con el INI se venía trabajando la categoría de promotor, en este caso como promotor cultural y, después, como promotor de salud. En el caso del PSCMC, esta nueva figura iba más allá de su preparación técnica en salud, pues, como comentó Joel Heredia en entrevista, este sujeto tuvo y tiene capacidad de resolver (mayo 2010), acción que lo diferencia con los técnicos en salud quienes ejercen su trabajo únicamente como ejecutores de medidas preventivas. Además el referente de la intervención pedagógica del PSCMC fueron otros trabajos que se llevaban a cabo en diferentes lugares del país, por lo que se decidió nombrar a las personas que se formaría dentro de ese programa como *promotores de salud*, siendo este el nombre que David Werner trabajaba en su libro *Donde no hay doctor*, libro que fue base para el trabajo con las comunidades y guía temática de las capacitaciones.

El INI llegó con el propósito de crear una red de atención a la salud en un primer nivel. Su intervención se concretó en la creación del PSCMC<sup>96</sup> en 1985, lo que permitió la llegada de más personal, recursos materiales, de transporte y monetarios para las capacitaciones (Heredia, 2007a) y, más aún, se permitió y fomentó la participación comunitaria, tomando como *elemento-base* el aspecto educativo enfocado hacia la salud.

Como ya se estaba en este trabajo de la formación en salud, los dos médicos se dieron a la tarea de fundamentar esta acción para que pudiera ser ésta el centro del nuevo proyecto que quería implementar la institución gubernamental:

[...] estábamos trabajando con promotores, estábamos tocando un punto o un tema totalmente fuera del concepto de atención de la Secretaría de Salud [para la cual] no cabía la figura de una persona que diera medicamentos que no fuera médico [pero] si no le das formas o instrumentos a la población, pues, se muere; [...] tuvimos que entrar al tema desde la propia institución de por qué son importantes los procesos de interacción, de formación y de capacitación y de que las habilidades ahí están y que se pueden acotar, no se trata de formar una figura de un promotor como médico, en comunidades, pero sí reconocer que tienen capacidades, que tienen habilidades y que las pueden echar andar en su contexto [...] (entrevista a Joel Heredia, socio y fundador de SADEC, 2010).

La propuesta se llevó a cabo y formó la idea central del PSCMC: la *formación de personal en salud comunitaria*: promotores/as de salud y parteras comunitarias; posteriormente se amplía hacia la formación de multiplicadores:

[...] abrimos una convocatoria para decir –vamos a formar promotores de todas estas comunidades aquí y allá; y así arrancamos, empezamos en forma ya en el 86; yo creo que en el 90, 92 ya podríamos hablar con mucha claridad de una red de promotores y promotoras de salud, de parteras que resolvían el 90% de la chamba y, nosotros como médicos nos dedicamos a resolver la parte asistencial en tener algún punto de referencia [...] para que si los promotores tenían alguna duda hubiera donde apoyarse [...] (entrevista a Joel Heredia, coordinador de SADEC, 2010).

Organizar el primer grupo de promotores y promotoras de salud no fue difícil, pues, ya se venía trabajando con un equipo comunitario que se encargaba de dar seguimiento a pacientes, además, eran personas que ya habían estado involucradas en algunos procesos de

---

<sup>96</sup> El INI posibilitó el financiamiento de este programa ante la necesidad de ampliar su cobertura hacia esta región. Además esta institución ya venía trabajando en otras zonas del estado. Tuvo a su cargo los Centros Coordinadores que en el caso de Marqués de Comillas lo realizó desde el Departamento de Bienestar Social del Centro Coordinador Indigenista de Santo Domingo. En cada intervención del INI se trató de influir en diferentes áreas como: producción, comercialización, educación, por medio de programas de salud (Aguirre, 1994).

formación<sup>97</sup>; sin embargo el nombramiento o asignación del *cargo* pasó por la mediación de la comunidad quien acordó junto con los médicos los criterios de selección<sup>98</sup>.

Ya encaminados en este proceso pedagógico, los médicos asesores del PSCMC se dieron cuenta de ciertos elementos que condicionaban su intervención educativa:

[...] con los promotores nos enfrentamos a la riqueza que hay en términos de capacidades y potencial que tiene la gente que está decidida a aprender, a pesar de nuestras inexperiencias y de nuestras incapacidades [ellos] son esponjas y chupan, y chupan [...] la bronca venía luego porque nos hacían cuestionamientos, preguntas de lo que decíamos [...] nos confrontaban [...] fuimos viendo la importancia de ir graduando los procesos, de los conceptos, de las palabras, entender que una cosa es una traducción literal y otra una traducción conceptual, aunque no había muchos compañeros indígenas si había algunos [...] hubo la necesidad de trabajar con personas que hicieran la traducción [...] fuimos entendiendo que una cosa [es] que tu cabeza esté llena de conocimientos y otra que lo sepas transmitir [...] fue un proceso de ensayo-error [...] (entrevista a Joel Heredia, coordinador de SADEC, 2010).

Con el trabajo y los problemas de enseñanza y aprendizaje fue como se configuró una práctica y un planteamiento pedagógico partiendo de lo que se tenía, de las propias experiencias de los trabajadores en salud (tanto médicos como promotores/as) y de otras experiencias en salud comunitaria vividas en diferentes espacios del país y del continente<sup>99</sup>.

El plan de formación para promotores y promotoras de salud se fue configurando lentamente, en los primeros talleres los médicos llevaban una serie de temas, de los cuales

---

<sup>97</sup> La Comisión Nacional para la Educación del Paludismo había formado a *notificadores de paludismo*, también tenían cierta formación los llamados *vacuneros*, quienes eran preparados para proporcionar las vacunas a la población y los *promotores de salud guatemaltecos*, quienes habían sido formados por un grupo de religiosas –con la línea de la Teología de la Liberación– en su país de origen (Ver Baronnet, 2009).

<sup>98</sup> Criterios como:

Nombrado a través de una asamblea comunitaria.

Voluntario (a)

Que viva en la comunidad.

Saber leer y escribir.

Que se le reconozca honestidad, confiabilidad y sea respetuoso.

Activo (a)

Que tenga iniciativa.

Comprometido con su comunidad (Heredia, 2007a: 71)

El criterio: saber leer y escribir, fue propuesto por los médicos y médicas participantes.

Que en el caso de las parteras esto no se aplicaba pues, en su mayoría, eran personas que ya estaban, que ya ejercían una práctica médica en sus comunidades y que muchas de ellas no sabían leer ni escribir.

<sup>99</sup> Se visitaron algunos espacios en países como Guatemala y Perú –proyecto de Salud Andina– relacionados con plantas medicinales, así como por pequeñas experiencias en otros lados de nuestro país, como el Proyecto Piaxtla, con David Werner y en comunidades de Veracruz e Hidalgo.



los promotores/as de salud elegían los de mayor interés pero después se fue centrando en aquellas enfermedades más comunes de la población y de fácil diagnóstico. Quedando, en un primer momento, la formación orientada hacia ciertas patologías: parasitosis en general –ascariasis, oxiuriasis-, resfriado común, faringoamigdalitis, infección de las vías urinarias, amibiasis, impétigo, neumonía, otitis, salmolenosis, fiebre tifoidea, paludismo y dengue (Heredia, 2007a: 74-75), temas que fueron modificándose con la experiencia médica y educativa:

[...] En un primer momento dijimos vayamos agarrarnos todas las enfermedades más comunes y con esas trabajamos [...] no alcanzamos a ver sino hasta después, que muchas de las enfermedades ellos ya las habían padecido, ellos los que estábamos formando ya habían padecido: tifoidea, parasitosis, amibiasis, paludismo, enfermedades diarreicas [...], problemas de la piel, hongos, en fin, micosis, *n* cosas, entonces al momento de explicarles cómo era la enfermedad, pues salía sobrando, era más bien entrar en una dinámica de coordinar y de sistematizar eso para que cada quien tuviera claro [por qué se presentaba la enfermedad], la experiencia ya la tenían ellos y la explicación cobraba mucho sentido más allá de la necesidad de aprender porque estaba explicando una respuesta de algo que vivían o habían vivido [...] (entrevista a Joel Heredia, fundador y socio actual de SADEC, mayo 2010).

Todo ello se dio en un proceso de interacción fuera del aula. Los jóvenes, cuando los médicos no se encontraban en la comunidad, echaban mano de los recursos que tenían cuando se les presentaba algún caso, siempre con la iniciativa de resolverlos de la mejor manera. Asunto que preocupó y ocupó a los médicos en cuanto a la *responsabilidad de la práctica médica*, para ello, se les explicaba a los promotores y promotoras de salud las responsabilidades de su trabajo y se procuraba mantenerlos en formación constante dejando materiales en la clínica de salud, como libros que pudieran consultar e incluso se preparaban asesorías y se daba seguimiento a pacientes cuando los médicos asesores se encontraban en las Clínicas de Salud o a través de la comunicación por radio.

En paralelo, se continuó con la búsqueda teórico-metodológica que sustentara el trabajo educativo, con la premisa de mirar el *proceso de salud-enfermedad desde un análisis social* en combinación con sus causas biológicas, así como, permitir el desarrollo de los conocimientos, habilidades y capacidades del personal de salud. Para ello se miró nuevamente hacia las ONG y se retomaron experiencias en el ámbito de la educación en salud comunitaria como la llevada a cabo por el Centro Nacional de Misiones Indígenas (CENAMI) y la Diócesis de San Cristóbal –que miran el proceso educativo desde la

perspectiva de la educación popular y con una línea muy bien definida: la *Pastoral Indígena*, sustentada en la Teología India-, PRODUSSEP y el Centro de Educación e Información en Salud (CEIS) quienes también reconocían el trabajo en salud desde una visión social con la necesaria participación de los involucrados.

Se reconocen estas acciones y se considera que la educación popular sería fuente importante para la intervención pedagógica; así como, el sistema modular la forma idónea para lo que se pretendía realizar. Además porque este tipo de formación era el referente inmediato de los médicos asesores del PSCMC, por el hecho de haber transitado y haberse formado en una universidad estructurada pedagógicamente bajo este sistema, la UAM-X.

También fue importante el apoyo brindado por una médica egresada de la misma universidad, Alejandrina, quien, anteriormente, había sido maestra y, que, por esa experiencia, orientó el trabajo pedagógico a partir del concepto modular y asesoró al grupo de médicos del PSCMC en cuestiones educativas.

Se estructuró el *Plan de Formación Básica para Promotores de Salud* (Anexo 10, cuadro 1) en módulos independientes entre sí, de tal forma que fueran ***herramientas prácticas de aplicación inmediata*** (Heredia 2007a) permitiendo analizar el proceso salud-enfermedad desde un enfoque social como resultado de las condiciones de vida y, en menor grado, *biologicista* apartándose así del planteamiento lineal de la medicina institucional de concebir la salud-enfermedad únicamente por su comportamiento biológico (diagnóstico y tratamiento). El planteamiento modular permitió que los promotores/as de salud pudieran insertarse en cualquier momento de la formación sin la necesidad de llevar una seriación programática:

[...] empezamos a ver que de repente un promotor no asistía a un curso y se nos atrasaba y, luego no asistía a otro y luego venían otros nuevos y, ahí fue donde dijimos –Tenemos que pensar en un sistema que nos permita que se puedan incorporar en diferentes fases los diferentes promotores y que si pierden uno no sea una cosa secuencial [...] (Entrevista a Joel Heredia, fundador y actual socio de SADEC, 2010).

Los contenidos de enseñanza estuvieron centrados en las enfermedades más comunes de la región. La guía de acción metodológica para las sesiones fueron las siguientes:

- Referentes de la situación general y local.
  - Análisis social y aspectos epidemiológicos
- Aspectos técnicos del funcionamiento del cuerpo
  - Anatomía y fisiología
- Manifestación de la enfermedad
- Cómo revisar al paciente
- Cómo hacer el diagnóstico
- Qué tratamiento
- Qué medicinas preventivas recomendar

Fuente: (Heredia, 2007a)

Considerando en cada módulo los conocimientos previos de los promotores/as, lo que permitió sistematizar la información que ya se manejaba en torno a los temas tratados, además, se utilizaron técnicas de participación de educación popular durante las sesiones. Se apoyó el trabajo con la disección de animales, los cuales terminaban cocinados y servidos en el plato de los asistentes a los cursos.

Se formuló un plan de formación en 6 módulos para concluirse en dos años, mediante sesiones de 4 o 5 días consecutivos cada 3 o 4 meses; durante las sesiones se realizaron trabajos de 8 a 9 horas diarias en las comunidades sede<sup>100</sup>.

Una vez formada la primera generación de promotores/as de salud comunitaria se pensó en dar respuesta a otra *necesidad sentida* en las comunidades: la atención a partos y que, debido a su importancia (alto índice de mortandad materno-infantil en la región) se crea en 1989 el subprograma de *Capacitación a Parteras Comunitarias*. Con ellas la dinámica y la intervención educativa se dirigió, en un primer momento, hacia aspectos comunes en la atención a partos: la situación de la zona, mortalidad materna, mitos y creencias alrededor del parto, la anatomía y fisiología básicas de la mujer y el hombre,

---

<sup>100</sup> Las comunidades donde se realizaban las sesiones se involucraron y familiarizaron con el programa, otorgaron desde los lugares de hospedaje, letrinas, cocina, salón de trabajo, cocineras que prepararan los alimentos, apoyo con leña hasta la dotación de tortillas durante la estancia; para cualquiera de los cursos del programa. Por parte de los anfitriones se realizaban actividades durante los días de estancia: promoción de la salud dirigido a la población en general, sobre temas que se revisaban en el curso; proyección de audiovisuales, presentación de sociodramas, atención médica y dental. Lo que complementaba y enriquecía la formación de los promotores y promotoras de salud, así como, la misma intervención pedagógica realizada por el PSCMC (Heredia, 2007a)

conceptos tradicionales y médicos de la atención al parto, problemas sencillos del embarazo, atención de parto, atención del recién nacido, lactancia materna y puerperio (López Silva, 1999: 52), posteriormente se estructura un plan modular de tres módulos (Anexo 10 cuadro 2).

En su mayoría las parteras comunitarias no sabían leer ni escribir, eran personas con experiencia en la partería que ya estaban realizando trabajo en las comunidades y con quienes había que trabajar; no podían tener un proceso de selección similar al de los promotores y promotoras de salud, por ello, se buscaron los mecanismos para compartir con ellas los conocimientos médicos:

[...] con las parteras fue pensarle, si no sabía leer y escribir pues vamos pensando en dibujos, en materiales [...] cómo pueden consultar un tema cuando tengan dudas, pues, a lo mejor un acompañante que aprenda para que cuando la partera tenga dudas él le lea la hoja o el tema correspondiente [...], les damos una grabadora, les dimos grabadora y audiocassettes [...] y también se incluyeron algunos temas sobre alfabetización (entrevista realizada a Joel Heredia, fundador y socio actual de SADEC, 2010).

Se utilizaron técnicas participativas de educación popular como las dinámicas grupales y el elemento metodológico fue *el relato*, pues, a través de éste fue como las parteras intercambiaron sus experiencias en cuanto a la atención a partos, además, que ello permitía la sistematización y el reconocimiento de prácticas perjudiciales para las madres gestantes y sus hijos. Esto, a su vez, condujo a la conformación del grupo de parteras como un colectivo capaz de incidir en la problemática de salud materno-infantil en sus comunidades.

También los asesores médicos se permitieron escuchar otras formas y métodos de atención a partos y mirar de otra manera el proceso salud-enfermedad, si bien, aún desde los ojos y la razón de una práctica médica institucional:

[...] la capacitación fue *integrando elementos de la forma empírica de atención al parto*, como el uso de plantas ‘calientes’ para sobar a la mujer embarazada o después del parto, el cálculo del tiempo del embarazo mediante la medición de la altura uterina con los dedos de la mano, la práctica de ‘acomodo’ del bebé mediante el ‘manteado’, algunas *técnicas no invasivas* para ayudar a la mujer a expulsar la placenta cuando hay retención, el uso de plantas para manejar la amenaza de parto, el cuidado y atención de la embarazada y la parturienta desde una perspectiva más cálida, etc., (López Silva, 1999: 53) [subrayado mío].

López Silva (1999: 54) menciona que el proceso de capacitación permitió también abordar la problemática de las prácticas innecesarias y dañinas tanto en la atención tradicional como en la institucional:

Implicó un ejercicio permanente de reflexión y discusión de parteras y asesor@s en torno al uso de medicamentos peligrosos, como los oxitócicos y anestésicos, prácticas agresivas como los tactos y exploraciones manuales, e incluso innecesarias y obsoletas en el medio rural como el rasurado de la mujer y el uso de guantes. Muchas de estas prácticas, aunque de origen occidental, ya estaban siendo usadas por parteras.

En el trabajo educativo con las parteras comunitarias quienes jugaron también un papel importante fueron los promotores y promotoras de salud, pues, en ocasiones, fueron ellos los mediadores en la relación de las parteras con los médicos asesores.

En paralelo, a principios de los años noventa, los promotores/as expresaron la necesidad de compartir sus conocimientos con sus iguales y el interés de seguir preparándose para desempeñar mejor su cargo. Es cuando emerge otra figura en la escena: *el multiplicador, capacitador o educador en salud*, acción que hace ver el nivel de participación que adquirieron los pobladores de las comunidades, pues esto iba más allá de sólo llevar a cabo lo planeado en el programa de salud y de resolver problemas inmediatos; ahora se quería tomar en las manos la propia formación del personal de salud y ser los pueblos la dirección de esa formación –aunque ya estaban tomando el cargo y dirección de la organización y la red de salud-. Además, eso los involucraba en otro tipo de intervención pedagógica: *la formación de educadores en salud*, una formación que implicaba contenidos y prácticas en metodología educativa:

[...] se nombraron dos por región [eran tres regiones las que se abarcaban], y que se empezarán a formar, pero ya no solamente para [atender] en [la] Casa de Salud [...] sino ahora sí en la reproducción de temas [...] temas fincados con base en la experiencia de cada uno [...] qué podemos compartir [...] desde esa experiencia más el fortalecimiento a través de cursos, de actualización, de repasos y también de organizar los temas, las dinámicas de trabajo [...] la relación de un tema con la otra [...] crear un eje temático [...] por dónde empezar y por dónde cerrar en un tiempo, la revisión de los temas, pues, cada tema tiene un objetivo, tiene qué material se usa [...] en qué tiempos [...] (entrevista realizada a Fulgencio Díaz, coordinador de capacitación de SADEC, mayo 2010).

Para lo cual se buscaron los elementos y los grupos externos al programa que dieran respuesta a esta necesidad, es como CENAMI y PRODUSSEP entran en acción.

La formación de multiplicadores se dirigió en torno a cursos de actualización y seguimiento, cursos donde se ampliaban contenidos ya vistos, se trabajaban cuestiones sobre políticas públicas de salud –tanto a nivel local, nacional e internacional-, también se trabajaron temas sobre la problemática indígena y la metodología educativa (ver Anexo 10, cuadro 3), así como la resolución de dudas gestadas en la práctica médica comunitaria. Se realizaron cursos externos en coordinación con ONG's, ya que una preparación “formal” en salud comunitaria desde instituciones oficiales no existía; así que, los métodos y técnicas de enseñanza que se trabajaban, fueron precisamente las que esas ONG's utilizaban retomadas éstas de la educación popular y de la pedagogía que construía, en ese entonces, Paulo Freire. Ello es lo que dio matiz al trabajo educativo en el PSCMC.

Mencionaremos puntualmente a dos de las organizaciones que acompañaron el proceso de formación de multiplicadores: PRODUSSEP y CENAMI, a las cuales se acudía para recibir cursos sobre formación, en palabras del propio coordinador de salud:

[En el caso de CENAMI] cursos que se daban cada seis meses [...] tuvimos 5, 6 cursos nuevamente de repaso y entonces cómo entender toda esa lógica de los diferentes temas, por qué así [...] no perderse en el rollo técnico, sí usarlos pero la pregunta era ¿con quiénes vamos a trabajar?, con campesinos, compañeros que a veces fueron a la primaria o aprendieron solos ahí deletreando [...] nos duró como dos años. Intermedio a esto se inicia también una fase de análisis, de que para llevar a cabo estos trabajos es importante tener una visión de por qué lo estoy haciendo [...] para qué lo estoy haciendo, con quién lo puedo trabajar [...] cómo nos organizamos para hacer un curso [...] (entrevista realizada a Fulgencio Díaz, mayo 2010).

La figura del multiplicador empezó a tomar relevancia, lo que nos hace reflexionar sobre la exigencia de involucrarse en un proceso de construcción autonómica, pues, el personal de salud comunitaria reconocía la necesidad de participación social y política a partir del programa de salud, una necesidad que implicaba no depender de una institución gubernamental sino de llevar a cabo el interés y acuerdo de las propias comunidades y ejidos.

A la par de la formación de recursos humanos en salud se fue construyendo el recurso material, la infraestructura, para sustentar los trabajos y proporcionar el servicio de

salud que las comunidades necesitaban. Las comunidades construyeron su Casa de Salud<sup>101</sup> con el material de la zona, después se vio la posibilidad de construir Clínicas de Salud –el INI consiguió un financiamiento y las comunidades aportaron la mano de obra– como puntos de referencia donde podían estar médicos en apoyo al trabajo de los promotores y promotoras de salud. Esto permitió, a su vez, complementar la formación de los promotores y promotoras de salud quienes, al poco tiempo de iniciada su formación, ponían en práctica lo estudiado en compañía de los médicos y médicas asesores quienes visitaban las comunidades. Posteriormente, poco a poco, fueron realizando los trabajos con mayor confianza tanto a nivel personal como a nivel comunitario. La atención a los pacientes se daba, en ocasiones, en la casa del promotor/a de salud o en la Casa de Salud. La práctica médica complementaba de manera importante la formación del personal en salud, ya que, como dicen los promotores/as de salud en las comunidades *se aprende haciendo* el trabajo.

Además, se procuraron las asesorías y el seguimiento a los promotores, promotoras de salud y parteras por parte de los médicos asesores, cada mes o dos meses, éstos asistían a las Casas de Salud y se daban consultas conjuntas y se preparaban algunas clases sobre temas de interés o de dudas surgidas durante la práctica médica.

Para el 89 el trabajo había crecido, por lo que se vio la necesidad de contar con más personal médico que apoyara las actividades –solicitud que se le hace al INI quien se negó ante la falta de presupuesto–, en ese momento quienes coordinaban el PSCMC, en consulta con las comunidades, decidieron apoyarse con pasantes de servicio social, donde la UAM-X vino a dar solución, se habló con los coordinadores de servicio social de esta universidad quienes estuvieron de acuerdo y, es ahí, cuando esta universidad entra en acción con pasantes en servicio social quienes jugaron y, aún lo hacen, un papel importante en el

---

<sup>101</sup> Un espacio donde podía trabajar el promotor y el médico, cuando acudía para apoyar la consulta. Era una casita de cuatro por cuatro, con consultorio, farmacia y el área de revisión u hospitalización, un lugar limpio en condiciones de manejo. La construcción de estos espacios requirió de una atención puntual, para ello se nombraron los Comités de Salud, quienes eran los encargados de coordinar los trabajos, la gestión, la dirección de las acciones y de los programas de salud.

trabajo de salud comunitaria y en la formación de personal en salud, como importante lo es también para su propia formación profesional<sup>102</sup>.

Los años de trabajo convirtieron a Marqués de Comillas en una de las regiones del estado de Chiapas con mayor infraestructura en recursos de salud mientras estuvo caminando con el PSCMC, logrando que toda la población pudiera tener acceso a servicios de salud, para 1996 se podría hablar de una red de 27 Casas de salud con personal en formación (45 ó 50 promotores) y la participación de 32 parteras en la región. Además se logró el funcionamiento de un hospital de 2º nivel, 6 Unidades Médicas de primer nivel, el abasto de 3 bodegas de medicamentos, permitiendo así que las Casas de Salud tuvieran medicamentos seguros y continuos. Se logro que promotores de salud produjeran sus propios medicamentos con base en las prácticas tradicionales de herbolaria (Heredia, 2007a). Situación que cambió radicalmente al trasladar el programa de salud a manos de la Ssa<sup>103</sup>.

Con esta experiencia el INI entre 1988-1989 amplía el trabajo llevando el programa a la región de Santo Domingo y en 1992 a las Cañadas. Para 1994 con este proyecto se estaba trabajando en más de 150 comunidades, más allá de la región de Marqués de Comillas, con atención médica y la formación de promotores/as de salud y parteras; en la región denominada las Cañadas, en Ocosingo, donde se trabajó con la organización ARIC-UU.

Pero más que la construcción de una red de salud y la formación de personas en salud comunitaria, se logró que las comunidades tuvieran en sus manos la dirección y control de un servicio, esta experiencia de *auto-atención* en salud partió del

---

<sup>102</sup> Se propuso un espacio de formación, por parte de los coordinadores del PSCMC, para los pasantes que decidieran realizar su servicio social en Marqués de Comillas. Más adelante, en la participación de SADEC en los municipios autónomos miraremos cómo se dio la intervención de uno de los médicos pasantes de servicios social en la formación de parteras.

<sup>103</sup> Y que podemos verlo comparando datos, según el INEGI este municipio, con una población total de 9,856 habitantes cuenta, actualmente, sólo con 3 Casas de Salud y 3 Técnicas en salud; y como personal de salud 3 médicos, 1 en el IMSS-Oportunidades y 2 en el Instituto de Salud y Asistencia del Gobierno del Estado (ISA); lo que permite ver que el Estado mexicano mantiene la voluntad de negar la vida de pueblos y comunidades indígenas y campesinas, al no mantener y desarrollar más lo ya construido por los propios pueblos sino desarticularlo para destruirlo.



reconocimiento de los sujetos como *sujetos sociales* lo que permitió crear una estructura organizativa sólida no vista en otra región del estado.

En 1994 cuando este trabajo estaba tomando mayor fuerza –construcción de una estructura de salud dirigida por los pueblos y la ampliación del PSCMC hacia otros espacios- es cuando el gobierno federal decide resquebrajar el programa, pues, con la declaración de guerra del EZLN al gobierno federal y a su ejército; el poder ejecutivo y sus instituciones vieron en las comunidades organizadas una amenaza y decidieron retirar el financiamiento al PSCMC y pasar la dirección a manos de la SSa, quien condicionó los servicios y el abastecimiento de medicamentos hacia las comunidades por la entrega de las Casas de Salud que estaban funcionando en Marqués de Comillas –la relación que se establecía ahora en la región ya no era directamente con las comunidades, los Comités de Salud, los coordinadores, los promotores/as de salud, las parteras y los multiplicadores sino con las organizaciones campesinas de la región-.

La secretaría contrató algunos trabajadores de salud comunitaria provocando la distancia entre ese personal y las mismas comunidades –se contrataron a promotores/as de salud y parteras en las instituciones de gobierno-, la entrega de las Casas de Salud se vivió como una traición para aquellos que se resistían a esa acción, pues éstas constituían un espacio propio mantenido por las comunidades:

De esa manera rompieron con un mecanismo de identidad, de un recurso, era su Casa de Salud, ahora era del IMSS, que el IMSS la atiende [...] rompieron también con el sentido de pertenencia y de dedicación del promotor de salud [...] ya no se hablaban los mismos códigos y ya no se entendían bajo los mismos principios. [La población que aceptó la intervención del servicio gubernamental directamente] no distinguieron en ese momento, no tenían el parámetro para distinguir la atención que le daba el promotor con la atención que le daba la institución, creyeron que sería mucho mejor y de repente se dieron cuenta que el promotor, la promotora, la partera eran mucho más valiosos [...] (Entrevista a Joel Heredia, fundador y actual socio de SADEC, 2010).

Con la dirección del PSCMC en manos de la SSa se rompió la organización lograda por las comunidades participantes –se realizaban asambleas de promotores cada seis meses, había un coordinador de promotores/as de salud y una de parteras, se hacían encuentros, en cada reunión se organizaban temas de actualización, los pueblos acompañaban el proceso de formación-. Todo ello se desarticuló, sin embargo, se continuó de manera independiente

con parte de ese trabajo, tanto en Marqués de Comillas como en la región del Valle de Santo Domingo y en las Cañadas de Ocosingo, ahora como otro sujeto social: el colectivo SADEC. Es hasta 2004 cuando se disuelve la dirección del PSCMC.

Este programa permitió construir una estructura en salud con base en educación en salud y el trabajo comunitario, donde las personas y los pueblos involucrados reconocieron sus capacidades de aprendizaje y enseñanza interviniendo como sujetos histórico-políticos.

La intervención pedagógica que hoy realiza SADEC en las zonas autónomas va marcada por esta experiencia, circunstancias y sujetos sociales –lo que conformaría su segundo momento-.

Hoy esta asociación civil continúa con el trabajo ya con 26 años en la formación de trabajadores en salud comunitaria y 16 años de colaboración con el SSAZ. En los últimos años el trabajo en regiones autónomas se ha inclinado más hacia la formación de multiplicadores, capacitadores o educadores en salud.

A continuación daremos paso al segundo momento de la intervención pedagógica de SADEC en la formación de trabajadores en salud comunitaria.

### **3.2.2 Segundo momento. SADEC y la formación de trabajadores de salud autónoma (1996- ....)**

La intervención de SADEC en el campo de la formación en regiones autónomas se inicia por el interés y solicitud de los promotores de salud zapatistas, interés por aprender, por conocer temas y por realizar una práctica médica que respondiera a las *necesidades emergentes* de salud de la región y por el contexto de guerra en que vivían los pueblos campesinos e indígenas de la región y, que aún, siguen viviendo las bases de apoyo zapatista, de ahí la formación permanente que se exigen los trabajadores de salud autónoma, además, por mantener en acción su determinación como pueblos indígenas y llevar *de facto* sus derechos fundamentales sin la rectoría del Estado.

SADEC ingresa como colectivo a la zona de las Cañadas de Ocosingo en 1994 de la mano con la organización internacional Médicos del Mundo España mediante un trabajo de

emergencia colocando un puesto de salud en una de las comunidades zapatista, posteriormente, se fueron dando los primeros trabajos en la formación de personal en salud autónoma de la zona. El puesto de salud que se colocó fue en Las Tazas, comunidad que se ubica en el MAREZ San Manuel –desde 1995-, a su vez, que es parte del municipio oficial de Ocosingo.

Es en esta comunidad donde SADEC inicia los trabajos de formación de personal de salud autónoma dando continuidad a una línea pedagógica en educación en salud.

A finales de 1995 se echa a andar de manera *formal* esa formación –se pidió permiso a las autoridades para realizar este trabajo debido a la insistencia de los promotores/as de salud por prepararse-, posteriormente, las mismas autoridades invitan a colaborar al colectivo en otros espacios y con otros sujetos (parteras y multiplicadores), lo que permitió incidir puntualmente en la construcción del SSAZ.

El trabajo con parteras se inicia en 1996 llevándose a cabo con el apoyo de los médicos/as pasantes en servicio social de la UAM-X en coordinación con los promotores/as de salud –actualmente este trabajo ha sido tomado por la *Organización*, formando ellos mismos a sus médicos tradicionales, entre ellos a las parteras-.

A la par de estas acciones educativas también surge la necesidad de formar personal dedicado a formar a sus iguales, o sea, promotores de salud que formen a otros promotores de salud, trabajo que toma forma en 2003 y hasta nuestros días llegando a conformarse en el trabajo educativo de mayor peso.

Hoy en día SADEC se ha involucrado más en la formación de multiplicadores o capacitadores de salud autónoma, a demás, de ser puente para que personal de salud formado en la UAM-X puedan realizar servicio social en las comunidades autónomas a través del PIIDHCH, acción que debe reconocerse pues es una de las universidades que mantiene sus propósitos de origen.

Lo aprendido en el PSCMC vino a ser el referente de la intervención pedagógica que hoy realiza SADEC, aunque ese programa se ve rebasado por el nivel de participación

que ahora tienen los sujetos sociales quienes se involucran , quienes están dispuestos a otorgar la vida por la construcción de *futuro* para los pueblos indígenas, campesinos y pobres del país. Además, son sujetos que en su lucha étnica y política están dispuestos a mantenerse, reproducirse y desarrollarse con todas sus implicaciones, siendo ejemplo para otras muchas luchas sociales y políticas del mundo llevando a cabo, en un trabajo arduo, la construcción de su Autonomía.

Sujetos sociales que lucha, resisten y construyen una opción de vida, la que fue por ellos elegida. Con lo cual la asociación problematiza su intervención pedagógica y resuelve mediante contenidos y estrategias metodológicas en la enseñanza, por un lado, se estudia la política de salud a nivel local, regional, municipal y nacional y se instrumenta la acción pedagógica con estrategias de participación popular con base en el reconocimiento de las culturas de los sujetos involucrados; por otro lado se pretenden construir espacios de participación para las mujeres. Todo ello son acciones llevadas a cabo bajo el principio de caminar preguntando -conforme a la estructura organizativa de las JBG-, donde se aprende haciendo los trabajos y con el ejemplo.

Otro elemento importante para el trabajo de SADEC es la diversidad étnica que posee la región donde interviene, por lo que, ante la necesidad de comunicar y compartir conocimientos en salud, ha buscado mecanismos para mediar el proceso de enseñanza-aprendizaje y dialogar con hablantes de las lenguas tzeltal, chol y tzotzil; a diferencia de Marqués de Comillas donde el trabajo con población indígena no implicó la búsqueda de otros mecanismos educativos que mediaran el proceso pedagógico –más allá de las traducciones conceptuales-.

La diversidad étnica se convertía en un elemento enriquecedor de la labor pedagógica y médica, a su vez, colocaba un punto en conflicto sobre la metodología educativa que se requería ir construyendo ante la exigencia del reconocimiento de la diversidad cultural de los sujetos involucrados.

En este contexto la asociación se planteó la pregunta ¿cómo compartir conocimientos médicos y una práctica en contextos mayoritariamente indígenas?, a lo cual respondió construyendo mecanismos de mediación, como lo hizo en el PSCMC, haciendo

uso de la traducción conceptual en las sesiones, para ello tuvo que localizar a las y los promotores bilingües con experiencia en el campo de la salud para que mediaran en la comunicación y el intercambio de conocimientos:

[Ahora] teníamos a una mayoría que eran tzeltales, choles [...] lo que nos llevo a la necesidad de pensar en un promotor o una promotora de salud que supiera exactamente, que ya tuviera una formación y que pudiera hacer una traducción conceptual y no literal. [La misma organización zapatista] tenía claro que debía ser en lengua, [...] así nos lo planteaban. [...] y prácticamente los cursos aumentaron de tiempo, lo que tuvimos que hacer fue interactuar con promotores bilingües [...] (Entrevista a Joel Heredia, socio y fundador de SADEC, 2010).

También se pensó en la traducción de materiales:

[Y] pensamos en algún momento hacer [materiales] en lengua originaria, pero nos enfrentamos a muchos [problemas] no pudimos, de hecho todavía lo tenemos en mente, la idea es traducir este libro y estos módulos por lo menos en tres lenguas tzotzil, ch'ol y tzeltal pero nos enfrentamos a problemas que no pudimos resolver, que es un apoyo lingüístico, de gente que conoce [...] también nos enfrentamos al problema que muchos promotores no saben leer en lengua [...] (Entrevista a Joel Heredia, socio y fundador de SADEC, 2010).

En el año 2000 SADEC editó el manual para promotores/as de salud del que habla el médico Joel Heredia, en el cual se recopila las líneas de análisis y la propuesta metodológica en un lenguaje sencillo, en el español que se maneja en las comunidades, lo que lo hizo accesible para muchos promotores y promotoras de salud –estando en una de las sesiones del taller con multiplicadores uno de ellos solicitó al coordinador de capacitación más ejemplares por el interés de otros promotores por tenerlo a la mano-, el manual se titula: *Construyendo la Salud* que, sin lugar a dudas, se está trabajando para que sea traducido a las tres lenguas que interpelan el trabajo pedagógico de la asociación: tzeltal, tzotzil y ch'ol.

Aunque el trabajo que actualmente se hace con multiplicadores/as de salud se realiza usando el “castilla” como mediación, pues, son ellos precisamente quienes se encargan de la interpretación en su lengua materna para con sus compañeros/as de trabajo.

La intervención educativa de SADEC se basa, en mucho, en los planes, programas y experiencias del trabajo realizado en Marqués de Comillas, por ejemplo se ha mantenido la visión sobre la salud y la enfermedad desde lo social y su combinación con lo biológico. En el caso del plan de formación para promotores/as de salud autónoma se aumentaron dos

módulos más, igual independientes entre sí, éstos son: *Enfermedades de la piel y Embarazo y parto*; para armar un currículo de ocho módulos en una formación de dos años (cuatro módulos en el primer año y los otros cuatro en el segundo -ver Anexo 10, cuadro 4-), donde los promotores y promotoras de salud recién nombrados pueden ingresar en cualquier momento, no se considera la seriación de los módulos aunque sí se trabaja sobre el compromiso otorgado a su formación, de ahí que se les pida que respeten el compromiso y asistan a los ocho módulos para concluir su formación básica en salud general, además, con la responsabilidad de continuar esa preparación asistiendo a actualizaciones y llevando a la práctica los conocimientos aprendidos. Práctica que acompaña en todo momento al proceso de formación, ya que, una vez habiendo asistido a un módulo ya se puede incidir en aquellos problemas sociales que corresponden al módulo estudiado.

La atención médica se realiza en las Casas o Clínicas de Salud, en ocasiones se asiste a las casas de los pacientes, la intervención se regula por el reconocimiento que hacen los propios promotores/as de salud sobre su capacidad de respuesta, la honestidad y responsabilidad en la práctica médica son elementos indispensables en la formación.

Además, de la fase de capacitación que serían los ocho módulos, viene otra de actualización así como de preparación en diferentes talleres y cursos, como por ejemplo en herbolaria, vacunación, detección de tuberculosis, de cáncer cérvico-uterino y de mama; ello para completar la formación en salud general en doce cursos, más o menos en 4 o 5 años de preparación continúa:

[...] después de los ocho cursos tenemos dos o tres talleres para herbolaria que es identificar las plantas medicinales una o dos veces, a realizar procesamiento de plantas medicinales con base en las experiencias de cada grupo [...], colectivizar los conocimientos sobre plantas medicinales, de ahí son tres o cuatro cursos para eso, total son doce. De ahí otros temas sobre masaje, que ya lo estamos incluyendo, temas sobre vacunación para la gente que está haciendo vacunación, [...] toda la sistematización del programa de vacunación. Se hacen talleres para detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y mama exclusivamente [...] en salud general. [En la partería] nos reunimos con parteras [...] (Fulgencio Díaz, coordinador de capacitación SADEC, 2010).

El trabajo de un promotor de salud es mucho más que sólo curar a un enfermo, tiene capacidad de resolver, de organizar, de administrar su Casa, Clínica de Salud y farmacia comunitaria, de prepararse constantemente, de asistir a reuniones con las autoridades

responsables de salud y planear los trabajos en sus propias comunidades para solucionar las necesidades de salud y coordinarse con los diferentes niveles de atención del SSAZ. Es quien, de forma honesta, asiste los problemas de salud que él o ella puedan resolver reconociendo, a su vez, que el trabajo comunitario o cargo que realiza es en beneficio del pueblo y que, por tanto, al desconocer la solución del problema es su deber preguntar a otros/as trabajadores/as de salud autónoma con más experiencia. Además, también ese personal de salud planea, organiza y coordina, junto con sus responsables y autoridades en salud, sesiones y acciones de prevención en sus comunidades.

Las sesiones de formación para promotores/as de salud se organizan cada tres o cuatro meses, a cada sesión le corresponde un módulo aproximadamente, pues ello depende si no se alarga la temática y de la propia dinámica del grupo. Los trabajos se llevan a cabo en cinco ó seis días involucrando a la comunidad sede para el apoyo en espacios, hospedaje, alimentación y con personas para trabajar en la cocina mientras se realiza el curso.

En la planeación educativa SADEC ha incluido aspectos como el *Derecho a la salud*, la *Autonomía* y la cuestión de *Género*<sup>104</sup>, los cuales complementan los elementos eje sobre la ética de la asociación, aspectos que han venido a trastocar la intervención educativa pasando a ser parte también de los *temas-contenido* en el trabajo de formación con el personal de salud comunitaria –principalmente con multiplicadores/as o capacitadores/as de salud autónoma-, convirtiéndose, así, en elementos articuladores de una práctica médica y educativa.

Con respecto a cómo surge la intervención pedagógica con multiplicadores de salud autónoma, se puede mencionar que surgió ante la necesidad de dar base a la estructura en salud que se estaba creando, en la que los pueblos fueran el *cuero* de cualquier acción para con ello colocar los cimientos del proceso de construcción de la *autonomía zapatista*. Para instrumentar eso las comunidades eligieron en asamblea a sus multiplicadores –promotores/as de salud con 4 o 5 años de experiencia en el campo y que han sobresalido en su trabajo, que son responsables y comprometidos con la comunidad-, para pasar a formar

---

<sup>104</sup> Se conserva la estructura y organización base del PSCMC aunque ahora esto se amplía (Anexo 10, cuadro 6).

parte del personal de salud especializado, dedicado a los campos de la salud y de la educación quienes, junto con los Coordinadores de Salud tanto de zona como regionales y los Comités de Salud de los Consejos Autónomos, dan funcionalidad al SSAZ.

La intervención pedagógica con los multiplicadores o capacitadores de salud autónoma es muy similar que con los promotores/as de salud, sólo que se consideran básicos los aspectos arriba mencionados: *Autonomía*, *Género* y el *Derecho a la salud*, los cuales se convierten en *ejes estructurantes y de contenido* en la formación de estos educadores en salud. Se continua la preparación con los ocho módulos sólo que de una manera más profunda y puntual; se revisan los temas con más calma, con base a lo experimentado (“lo que ha sido vivido”), con más detalle, con más precisión y sobre ello se prepara el tema para que los multiplicadores lo trabajen frente a sus iguales, SADEC sólo realiza el acompañamiento en la preparación de los temas.

Con ellos el *quehacer pedagógico* se desenvuelve a través de talleres de actualización y de complementación; además, de un seguimiento y la realización de los programas de salud implementados en las regiones autónomas, tales como: vacunación, control del niño sano, control prenatal, detección de cáncer cérvico uterino y apoyo al parto.

El sustento teórico-metodológico se compone por estrategias de educación popular, el sistema modular, elementos de la pedagogía de Freire y su cruce con la Teología India<sup>105</sup>. Los *elementos-eje* que dirigen la formación de los multiplicadores son los siguientes, teniendo siempre como base el análisis social del proceso salud-enfermedad:

- Cómo identificar las señas y tratamiento de las enfermedades (elemento común en la preparación con médicos pasantes en servicio social que asisten a talleres en SADEC)
- Aspectos técnicos del funcionamiento del cuerpo
  - Anatomía y fisiología
- Profundización de temas
- Análisis político

---

<sup>105</sup> Si bien es cierto, esta última no es expresión directa pero sí es secuela de la formación recibida por quienes se capacitaron en CENAMI y que hoy forman a multiplicadores/as autónomos.



-La salud y sus políticas: marco local, regional, nacional e internacional

- Metodología para la educación popular
- Educación en salud
- Pueblos originarios<sup>106</sup>

Actualmente en las tres regiones que son espacio de movilidad de SADEC, hay dos grupos de multiplicadores, uno que empezó en 2003, quienes ya están trabajando solos y otro que empezó hace dos años, este grupo lo conforman 16 multiplicadores/as aproximadamente. SADEC comparte con ellos temas de actualización, pero son ellos/as quienes están elaborando los temas de capacitación para la formación de sus promotores/as de salud de cada municipio autónomo. Temas-contenido que parten de la experiencia vivida en salud, experiencia tanto clínica como metodológica (experiencia en la enseñanza).

Ejemplo de ello:

[...] los formadores que hay aquí en Roberto Barrios, en este caracol hacen vacunación, todos hacen sus cursos y algunas cosas se hacen aquí [en SADEC], por ejemplo la gestión para tramitar el biológico y algunos temas y cursos que a ellos les interesen, si no ellos mismos lo hacen [...] (Entrevista realizada a Fulgencio Díaz, socio y actual coordinador de capacitación de SADEC, 2010).

Los multiplicadores son quienes realizan el seguimiento de sus promotores/as de salud, trabajo que anteriormente realizaban los médicos cuando el PSCMC, hoy en día los formadores van a visitar a cada uno de los promotores y promotoras de salud en sus Casas de Salud comunitaria acompañados de otros responsables y trabajadores de las diferentes áreas de salud autónoma.

---

<sup>106</sup> En mayo 2009, en uno de los talleres realizados con multiplicadores se trabajaron temas como: la práctica médica de los promotores/as de salud desde un marco histórico -sus antecedentes y posición actual- y los ejes: Salud Comunitaria, Derecho a la salud y Género, ello instrumentado con un dispositivo pedagógico que, para Díaz Barriga (1997) es considerado como mecanicista en la discusión didáctica, éste es: la *carta descriptiva*. Consideramos que el uso de este dispositivo para organizar las sesiones nos traduce parte de las teorías implícitas que son usadas por la asociación en la formación de personal en salud autónoma. En entrevista un socio de SADEC mencionó que se empleó este tipo de dispositivo porque no se conocía otro y que decidieron pasarlo tal cual a los multiplicadores para que éstos pudieran organizar los cursos con sus promotores/as de salud, si bien, la manera en que se mira a esta herramienta pedagógica va más allá de lo planteado en teoría, *la carta descriptiva* se emplea como *una guía de enseñanza*, donde se resaltan los temas/contenidos a tratar durante el módulo, las actividades a realizar, las estrategias de enseñanza y aprendizaje, el material, los tiempos aproximados y el personal responsable. Como si fueran los puntos a tratar durante una asamblea, sólo que usando uno de los nombres de las herramientas construidas desde la Tecnología Educativa (ver cap. 4 de este trabajo).

Los elementos clave de la intervención educativa de SADEC con los multiplicadores es su disponibilidad al intercambio de experiencias y conocimientos, tomar decisiones junto con el grupo, basar los trabajos según el modo y avance de cada grupo, el repaso de temas, registros de asistencia y evaluaciones que permiten dar un seguimiento al proceso formativo de cada multiplicador.

Una evaluación que mide la aplicación de conocimientos médicos y habilidades prácticas de la medicina, ello se realiza mediante la solución de *casos problema* –casos clínicos-, que son formulados con un lenguaje sencillo y con los términos médicos que los multiplicadores manejan. Estos son realizados por la asociación y se realizan en exámenes escritos y de habilidad práctica donde los multiplicadores pueden echar mano de lo disponen para resolverlo, ya sea el libro *Donde no hay doctor*, el manual *Construyendo la salud* o material fotocopiado (ver Anexo 12, Casos clínicos). Las evaluaciones sirven de referente para las subsecuentes temáticas por estudiar, las preguntas se regresan a los multiplicadores con los resultados que sirven para su autoevaluación.

La formación de los multiplicadores se da cada cuatro o seis meses, por la misma dinámica de su trabajo –son personas que están mucho tiempo fuera de sus comunidades realizando trabajos de organización, coordinación y formación en el municipio autónomo donde radican-.

En el caso de la formación de parteras comunitarias la intervención pedagógica surge, nuevamente, ante la *necesidad emergente* de disminuir el alto índice de muerte materna en la región, con ellas el trabajo educativo dio un giro, pues, mientras que con promotores/as de salud y multiplicadores la intervención pedagógica se enfocaba a la formación de este personal de salud, con las parteras se sabía que no podía formárseles para atender partos, ya que, siendo esta una práctica médica tradicional no se podía incidir en dicha formación, aunque SADEC reconoce que sí podía intercambiar conocimientos con ellas para que realizaran su trabajo con mayor posibilidad de acción médica y disminuir, con ello, el índice de muerte materna en la región. Por ello, la preparación asistida por SADEC con estas mujeres se enfocó únicamente hacia la capacitación en la práctica médica institucional, aunque con la visión y misión de reconocer la práctica médica tradicional y

escuchar otras formas de ver el origen de la vida, la salud y la enfermedad. Así que, para relacionarse con ellas SADEC tuvo que aprender y escuchar a las comunidades, pues si bien, la asociación prefería trabajar con parteras ya reconocidas por sus comunidades y de experiencia médica –ello por la experiencia vivida en el PSCMC- sin embargo, tuvo que trabajar con aquellas quienes las comunidades habían elegido, muchas con su nuevo nombramiento, sin embargo, se aclaró ya con el grupo de parteras que quienes ingresaban como parteras nuevas tenían el compromiso de acompañar a las de más experiencia para complementar su formación, responsabilidad que recayó en las parteras más jóvenes:

[...] Querían que se formaran parteras nuevas en algunos casos propias de la *Organización* [...] nosotros no sabemos cómo formar una partera, una cosa es darle un taller, un curso pero la partera se va formando en el acompañamiento, en el ejercicio en el momento del parto, cuando va y ve. Y nosotros no estamos aquí para hacer eso [...] vamos a trabajar con las parteras que están porque esas parteras las gradúo la comunidad [...] si la comunidad lo avala, no hay más, entonces hay que acompañar el trabajo que están haciendo ellas [...] tuvimos que entrar al terreno de formar o dar algunos elementos de formación a parteras nuevas [con el compromiso] que ellas se acercarían a otras parteras y ahí hacer un intercambio [...] empezamos con parteras, unas que ya estaban formadas las acompañamos y, otras, a ver qué pescaban y cómo se formaban [...] (Entrevista a Joel Heredia, socio y fundador de SADEC, 2010).

En este trabajo se retomó con mayor énfasis lo vivido en el subprograma de *Capacitación a Parteras Comunitarias* del PSCMC, principalmente en cuestiones metodológicas, se consideró *el relato* como la fuente importante para compartir las experiencias, la temática de capacitación se estructuró bajo el sistema modular y se concentró principalmente en la atención antes, durante y después del parto, las herramientas pedagógicas que se retomaron del PSCMC fueron: los manuales con dibujos, las grabadoras y los audiocassettes, pero no se le dio seguimiento a esto último, pues, las grabadoras terminaban en las manos de los muchachos oyendo música (Anexo 10, cuadro 5: Temática de formación).

Ahora, la estrategia que utilizó la asociación para acercarse a estas mujeres ya no recaía en la figura del promotor/a de salud o el multiplicador, sino en la relación que establecía el médico/a o enfermera pasante en servicio social y la partera<sup>107</sup>, en las diferentes Unidades Médicas de Referencia o Clínicas Autónomas. Relaciones que se tornan cotidianas las

---

<sup>107</sup> En los últimos años la propia *organización* es quien coordina la relación entre sus trabajadores de salud autónoma.

cuales son reguladas por la asociación –más que nada hacia el personal de salud en servicio social- quien, a través de asesorías establece las recomendaciones para la participación del personal de salud en servicio: *respeto* a la práctica médica tradicional de las parteras, el *diálogo responsable* y la disposición por *compartir conocimientos*:

[...] el hecho de partir de la idea de que yo no vengo a enseñar vengo a compartir algunos elementos que me preocupan y estoy abierto para que tú me digas [partera] cómo lo manejas, qué te preocupa; eso nos ha abierto la puerta para que la partera no se sienta amenazada y acepte en un determinado momento la interacción con el médico [...] eso nos ha permitido a nosotros poder intervenir en un momento de gravedad, ya sea para que se resuelva el problema ahí o, más de las veces para que se traslade la paciente [...] (Entrevista a Joel Heredia, socio y fundador de SADEC, 2010).

También el personal de salud pasante en servicio social se ha involucrado en el proceso de formación de parteras y promotores/as de salud en diferentes momentos. En el caso de las parteras han sido ellas mismas las solicitantes de talleres o cursos:

[Las parteras insistían y] armamos el curso, lo trabajamos bastante bien, me gustó y empecé a tener una muy bonita relación con las parteras [...] había parteras jóvenes con experiencia, habían parteras más grandes con muchísima más experiencia y habían parteras nuevas sin experiencia; [el trabajo se realizó] más en la vía práctica, con dramatizaciones [...] (entrevista realizada a Alejandro Soto, ex pasante de servicio social de SADEC y actual supervisor del área médica de la asociación, 2010)<sup>108</sup>.

Parte de la técnica aprendida y ensayada por el personal de salud en servicio social durante las sesiones de formación con parteras, fueron retomadas de los talleres que realiza SADEC cada fin de mes en sus instalaciones. Sesiones que son dirigidas ya sea por los coordinadores de la asociación o por algunos de sus colaboradores<sup>109</sup>. También el referente de enseñanza del personal de salud en servicio social es el vivido en su transitar por la institución universitaria donde fueron formados.

---

<sup>108</sup> Durante el trabajo de capacitación con estas parteras, quienes realizaban la misma práctica médica pero que pertenecían a otras organizaciones pidieron ser formadas, a lo cual se respondió positivamente, pues, a la hora de la atención del parto no se diferencia si se acompaña a una mujer base de apoyo zapatista o a una mujer de otra organización.

<sup>109</sup> Es importante resaltar la participación que ha tenido el doctor Juan Emrich en esos talleres, ya que estos han marcado mucho el quehacer educativo de la asociación. Él es parte importante del proceso de formación de muchos promotores/as de salud, parteras comunitarias y multiplicadores de la mano con SADEC. Desde el PSCMC, el doctor Juan ha colaborado en la formación de los médicos pasantes así como en la formación de trabajadores de salud comunitaria. Mucha de su metodología y técnica educativa ha marcado el actuar de los promotores y promotoras de salud que posteriormente se convirtieron en multiplicadores y después coordinadores de los programas de salud. Tal es el caso de Fulgencio, actual coordinador de capacitación de SADEC, personaje que ha marcado modos de enseñanza en la preparación de personal en salud comunitaria y ahora en salud autónoma.

El trabajo de los pasantes en servicio social, con respecto a las parteras también radica en proporcionarles el material que necesitan y hacérselos llegar en vínculo con la asociación y, siempre estar en espera de ser llamados para atender un parto en conjunto, que hasta ahora se han dado muchos casos:

[...] trabajar con parteras es un grupo muy importante pero quiere que uno vaya lento, más calmado, más a su modo de ellas, ahorita cada médico que está en un puesto va a verlas, se tiene que buscar a la partera y decirle si es buena nuestra presencia, pues, bueno [...] (Entrevista realizada a Fulgencio Díaz, socio y actual coordinador de capacitación de SADEC, 2010).

Las estrategias de enseñanza con parteras se centraron en preguntas generadoras, el trabajo en equipos, la exposición dialogada, la lectura del manual materno infantil y el trabajo gráfico; con técnicas como: lluvia de ideas, sociodramas, panel y juegos.

Los contenidos se trabajaron primero en español y después con su traducción conceptual en la lengua materna. Se usaron herramientas de enseñanza como los rompecabezas, las filminas, el equipo médico, el modelo anatómico de atención al parto, así como un equipo de escenificación.

Con base en el intercambio de conocimientos se quiso colectivizar la experiencia y trabajar en los puntos comunes de riesgo antes, durante y después del parto, para que, a partir de ahí, se compartieran los temas de la capacitación y la visión de la medicina institucional. Se buscó también que entre parteras se apoyaran y formaran un colectivo para responder a la problemática de salud materna en la región.

Métodos y estrategias educativas que instrumentaron el propósito de la capacitación: la atención al parto y la identificación de riesgos, así como el acompañamiento de la parturienta a otro nivel de atención. Siempre con la visión de que el trabajo de la partera fuera reconocido por las instancias gubernamentales de salud más cercanas.

Viene a bien citar las palabras del coordinador de capacitación con respecto a la capacitación de las parteras comunitarias:

En un primer momento es intercambiar la experiencia del trabajo de parto, hay un segundo momento de revisar el embarazo normal. Si nos da ese primer momento de intercambiar la experiencia de trabajo de partería se retoman las experiencias propias, por ejemplo de dónde es mejor en una clínica o en la casa; las parteras van a la casa de la compañera [...] aquí venimos a estudiar cómo se atienden las embarazadas, los partos [...] y sus complicaciones para detectarlo y atenderlo en su momento, [...] con las compañeras se revisa lo que significa embarazo y parto normal, también se revisan con más detalle lo que es la anatomía porque a veces hay confusiones ahí, la anatomía y luego los problemas de embarazo normal, qué hacer, qué has hecho tú aquí, la experiencia de cada quien [...] no es nada más atender el parto, si no qué voy hacer con el parto, qué parte del cuerpo está afectándose en este momento [...] qué hacer en caso de emergencia y no solamente pensar en la paciente sino que tengo que pensar en la distancia, en la primer clínica si hay o no hay personal médico, si es un hospital cuánto tiempo me lleva [...] de organizarse de saber dónde está otro nivel de salud [...] descubrir de que no se puede hacer todo en comunidad [...] no cometamos errores ¿queremos que se pierda una compañera o un bebé?, no, queremos que se salve, entonces tenemos que entender, retomar toda la experiencia desde la cultura, cosas que pueden perjudicar y sacarlo pues, a la luz [...] en el caso de la muerte materna es menos porque se detecta a tiempo [...] mientras se detecten a tiempo los problemas no hay muerte materna. (Entrevista realizada a Fulgencio Díaz, socio y actual coordinador de capacitación de SADEC, 2010).

En los últimos años la formación de las parteras comunitarias ha sido retomado por las JBG, que en coordinación con los Consejos Autónomos de los MAREZ y con el apoyo de la sociedad civil nacional e internacional, han generado un proyecto para que estas mujeres sean formadas con propios maestros y maestras médicos/as tradicionales de las regiones autónomas zapatistas; así como en otras áreas de la medicina tradicional (hierberas/os y hueseras/os), este proyecto es nombrado de *Las Tres Áreas*. Aunque si ellas lo solicitan y es un trabajo a nivel municipal SADEC acude y trabaja con los temas de interés de esas parteras, ante previa solicitud y permiso con la JBG correspondiente.

Además, la asociación está llevando a cabo talleres con multiplicadores de salud en el aprendizaje y enseñanza de la herbolaria, ello a solicitud de ese personal de salud autónomo. Un proceso de enseñanza-aprendizaje ubicado más allá de la técnica, pues, se parte de los conocimientos propios (médicos tradicionales) sobre el uso, conservación, almacenamiento y recolección de las plantas; teniendo como referente la experiencia vivida en el PSCMC y con otras ONG's que trabajan al respecto, así como cursos académicos recibidos.

SADEC lleva a cabo la interrelación entre los CMT y los CMI, situándose en una relación necesaria para la reproducción y desarrollo de la vida de los pueblos, siendo el personal de salud autónoma, principalmente los multiplicadores quienes, con

responsabilidad y honestidad en el ejercicio médico, deciden en qué momento y cómo hacer uso de esos *conocimientos necesarios* que permitan mantener la vida de toda aquella persona que solicite el servicio médico.

Las comunidades participan en el nombramiento y observación permanente del personal de salud autónoma, nombran a su Comité de Salud quien se encarga de todos los trabajos de organización y funcionamiento del SSAZ junto con los Coordinadores de Salud tanto el de zona como del municipio y la región.

Todo ello como si fuera *una cadena*, a veces se juntan promotores, parteras y médicos con los coordinadores de salud y autoridades municipales quienes están observando todo el funcionamiento para hacer caminar el SSAZ y dar respuesta a las necesidades de salud de las comunidades y, de esta forma, disminuir los índices de mortandad, claro ejemplo también del trabajo organizativo de las JBG<sup>110</sup>.

Es así como nos hemos acercado al *quehacer pedagógico* de SADEC, desde su propio discurso-acción que hoy puede ser ejemplo de congruencia con la vida, como un proyecto social y político que lo único que pretende es caminar con las comunidades y pueblos para construir un puente de esperanza.

Con la escritura de este capítulo damos por terminado el tejido que es fondo y base para nuestro bordado y, así, iniciar con el arte de la bordadera y crear lo tan necesario para la *re-configuración* de nuestra disciplina, la Pedagogía. Esto nos permitirá dar paso al capítulo subsecuente de este trabajo de investigación.

---

<sup>110</sup> Es muy importante aclarar que las Clínicas de Salud y Casas de Salud se construyeron para dar respuesta a las necesidades de salud de las regiones autónomas, sin embargo acuden a ellas miembros de otras organizaciones a quienes se les atiende de igual manera y se les acompaña en su proceso, mediante la mediación y el acuerdo de la JBG. Al ingresar al servicio de salud autónomo a ningún paciente se le pide documento alguno simplemente se le atiende en su necesidad, si es emergencia se le acompaña en el proceso, más si se requiere de otro nivel de servicio se le brida la mejor atención posible. En mayo de 2009 una mujer que iba a dar a luz acudió a la Clínica de Mujeres *Comandanta Ramona* para atender su parto, antes ella había acudido a un servicio de segundo nivel en la ciudad de Ocosingo donde le recomendaron que acudiera a la clínica regional de salud en la Ciudad de San Cristóbal por no presentar el grado de dilatación necesario para atenderla. Ella por recomendación de su padre, base de apoyo del EZLN, decide acudir al servicio autónomo de salud. Fue atendida como cualquier otra compañera, pudo parir sin mayor problema, quedando agradecida tanto la familia como la ahora madre, sólo amenazaron que le pondrían a la niña el nombre de la *abuelita* quien la había recibido (entrevista realizada a Rocío, enfermera que colaboró junto con las promotoras de salud sexual y reproductiva en dicho parto, febrero de 2010).

## Capítulo 4

# Teorías implícitas en el planteamiento pedagógico

---

*[...] no hay práctica educativa sin sujetos [...], no hay práctica educativa fuera de ese espacio-tiempo pedagógico; no hay práctica educativa fuera de la experiencia del conocer [...]; no hay práctica educativa que no sea política; no hay práctica política que no esté envuelta en sueños; no hay práctica educativa que no involucre valores, proyectos, utopías. No hay entonces, práctica educativa sin ética<sup>111</sup>.*

El acercarnos a comprender el proceso de formación en salud comunitaria que SADEC recrea en su *quehacer pedagógico*, nos llevó, en el capítulo anterior, a mirar los momentos, las acciones y los elementos que lo han ido configurando y que, hoy, son sustento, memoria y guía de acción colectiva.

La intervención pedagógica de SADEC en comunidades autónomas, como vimos, surge de las exigencias de formación, exigencia de promotores y promotoras de salud zapatista a razón de querer responder a problemas sociales, políticos y de guerra que condicionan la vida en las comunidades indígenas y campesinas. Una necesidad que, poco a poco, fue colocando a la educación en salud como columna vertebral del SSAZ.

La participación de SADEC en comunidades autónomas, en un principio, tuvo como propósito responder a la emergencia social con asistencia médica y, a su vez, como barrera de contención ante agresiones militares vividas por estas comunidades<sup>112</sup>; posteriormente, *la Organización* fue creando las posibilidades para construir el proyecto autonómico desde sus bases; construcción que SADEC decide acompañar mediante acciones a largo plazo, donde cobran importancia las estrategias destinadas al desarrollo de la *autoatención*, la *autogestión* y la *autonomía* en salud, donde los involucrados ejercen su acción histórica como sujetos que apuestan todo por construir opciones de futuro.

---

<sup>111</sup> Freire (2004). *El grito manso*, pp. 42-43.

<sup>112</sup> No ha disminuido el hostigamiento militar hacia comunidades zapatistas, al contrario, ha ido en aumento. Acciones contrainsurgentes como la formación de grupos paramilitares, López y Rivas menciona que desde 1994 las fuerzas armadas mexicanas pasaron de un ejército relativamente pequeño a un gran ejército de contrainsurgencia (Véase López y Rivas, 2004: 85). Un ejército que actualmente realiza acciones fuera de sus cuarteles ante la desbordada "lucha" del gobierno federal contra el narcotráfico; lo que ha ocasionado muertes innecesarias de civiles y el desborde de la violencia en las calles de todo el país.



En tiempos del PSCMC el trabajo se dirigió principalmente a desarrollar la autoatención en salud, donde comunidades campesinas pudieron dirigir y controlar una red regional de salud con infraestructura material y recursos humanos formados para responder a las necesidades en salud y enfermedad en un primer nivel. Acciones que dependían del financiamiento de una institución gubernamental, asunto que no permitió desarrollar aspectos como la autogestión y la autonomía; aunque estos se perfilaron en las intenciones de quienes integraban el programa, intenciones de médicos/as y promotores/as de salud quienes intentaron llevarlos a cabo sin tener resultados inmediatos y, aunado a ello, con el resquebrajamiento del PSCMC a mediados de los noventa, no se pudo trabajar mucho en esos aspectos. Lo que permitió la ruptura del PSCMC impulsada por el Estado mexicano, fue que no se tenía una organización política fuerte que amalgamara a las diferentes uniones y organizaciones de ejido que se configuraron en la zona de Marqués de Comillas, donde el PSCMC tenía cobertura. Asunto distinto al emerger la lucha social, política y militar de las comunidades de la zona Selva, Altos y Fronteriza de Chiapas, bases de apoyo del EZLN. Esto puede verse en López Silva (1999: 100-115) donde, en entrevistas, se expone la experiencia que vivieron promotores y promotoras de salud como parte del PSCMC, donde uno de ellos menciona que faltó trabajar en el programa más la concienciación política de sus integrantes. Hoy estos tres aspectos están presentes en el quehacer pedagógico de SADEC, pues, se han convertido en aspectos necesarios debido a la colaboración que se hace con el SSAZ; donde se intenta día con día construir otra forma de vida: la autonómica.

La intervención pedagógica de SADEC en espacios comunitarios y autónomos se ha ido configurando con el caminar, con la experiencia, con el *estar con* los pueblos y comunidades, camino que se ha permitido flexible al escuchar la voz de los involucrados. Un andar en constante aprendizaje, donde la enseñanza de las comunidades ha permitido hacer posible un proyecto de vida donde la atención en salud se cruza necesariamente con el aspecto educativo. Este camino hecho experiencia es lo que hoy configura a SADEC, con un rostro, un cuerpo, un proyecto de vida, donde se ha intentando ejercer una práctica médica y educativa con los elementos que alimenten el ejercicio de las *Autonomías*.

Un caminar en principio incierto “*no fuimos formados para la enseñanza*”, sin embargo, se ha logrado configurar, desde la experiencia en el proceso educativo, una base metodológica:

[...] El primer grupo de promotores fue histórico porque nos aguantó todo este proceso de enseñanza, hoy podemos decir, bueno, con un grupo de formación de cualquier área que manejamos aquí [salud general, oral, reproductiva, nutrición, herbolaria, vacunación], de las lenguas que se manejan acá [tzeltal, tzotzil, ch’ol], más o menos, ya sabemos cómo entrarle, ya tenemos una ruta, una metodología y nos atrevemos a decir que si partimos de cero, en cuatro años ya hay un resultado visible [...] (Entrevista realizada a Joel Heredia fundador y socio actual de SADEC, mayo 2010).

Construcción metodológica hecha experiencia donde ha sido importante: el reconocimiento de los involucrados como sujetos de transformación; la visión social del proceso salud/enfermedad en combinación con sus causas biológicas y el sistema modular como estructura curricular –lo que permitió la conformación de los planes de formación–, así también, la educación popular como materialización del proceso y el reconocimiento cultural de los pueblos involucrados de donde se retoman mecanismos educativos de enseñanza y aprendizaje, tales como: el relato, enseñar con el ejemplo, aprender/haciendo y el uso de la lengua como mecanismo de traducción conceptual; todos estos elementos potencializan las acciones en salud y educación. Además, debido a la capacidad de movilidad y cuestionamiento de la propia práctica, SADEC ha ido incorporando en su *praxis pedagógica* elementos como: *Autonomía*, *Género* y *Derecho a la salud*, para, con ello, nutrir su labor y permitirse nuevos horizontes.

Lo arriba mencionado permite dar volumen a nuestro bordado, una vez extendido el tejido que es *con-texto*, *camino* y *proceso pedagógico* del sujeto de investigación, en torno a nuestro tema de estudio: *los procesos de formación en salud comunitaria*; ahora colocaremos aguja e hilo para, así, empezar con el bordado que pretende ser espejo y, puedan, a través de él, *ad-mirarse* aquellas personas que han hecho de la educación una práctica de transformación para construir mundos posibles, donde se permite a todos los involucrados ser mejores seres humanos.

Por ello en este capítulo nos situamos, como primer momento, en el reconocimiento de los implicados en el acto pedagógico como *sujetos históricos*<sup>113</sup>; SADEC hace de ese reconocimiento su elemento esencial de su praxis, donde podremos *escuchar* la experiencia y mirar el camino construido que ha configurado la memoria colectiva de la asociación; ello con el afán de comprender un proceso educativo que configura sujetos y, así, colaborar en su reconocimiento sin que ello implique encajonar la praxis pedagógica de SADEC en una teoría que la intente explicar y, con ello, simular “cierta” fundamentación teórica que pretenda cumplir con una exigencia académica. Nuestra intensión gira en otro sentido, más bien, lo que se quiere es aprender de este proceso e intentar comunicar ambos elementos (teoría y práctica) para que puedan, por un momento, *ad-mirarse* en reciprocidad.

Intento que nos permitirá conversar con la pedagogía de Paulo Freire, la cual, consideramos nombrar de aquí en adelante como *Pedagogía de la palabra*, pues consideramos que la educación por él planteada, por ser una educación dialógica se encuentra sustentada en *la palabra* -categoría que coloca como sinónimo de *praxis*: reflexión y acción de *estar-siendo* con Otros en y con el mundo-, con la cual hombres y mujeres nos hacemos sujetos de nuestra propia historia en comunión con Otros/as y que, con ella, hacemos lectura de la realidad y nos acercamos al conocimiento para aprehenderlo y transformarlo.

Palabra que se torna posibilidad para desarrollar la conciencia crítica del *estar-siendo* y que se traduce mediante organización y trabajo en palabra cumplida, es decir, en alimento de un proceso de transformación, en alimento de un proceso de liberación, donde son importantes los sueños de quienes ejercen una educación como práctica de la libertad.

---

<sup>113</sup> Categoría importante para comprender nuestro tema de estudio, ya que, se ha colocado como parte medular de los movimientos sociales contemporáneos el reconocer a los sujetos (mujeres, hombres, niños, niñas, jóvenes, ancianos/as, campesinos, indígenas, obreros, estudiantes, maestros...) como seres constructores de su historia y, a su vez, condicionados por ésta, es decir, personas que deciden, participan, se organizan para transformar las condiciones sociales de vida. Hacemos nuestras las reflexiones de Freire entorno al *sujeto histórico*, sujeto que existe en y con el mundo, junto con otros, en un diálogo permanente que los desafía. Sujetos que pueden desarrollar su conciencia crítica, la cual les permite tener conciencia de su ser histórico y posibilita su propia historicidad. Es un sujeto que reconociéndose inacabado se encuentran en una incesante búsqueda, donde construye y re-construye su saber ante la necesidad de aprehender la realidad para transformarla. (Véase Freire: 1981, 2005, 2007). Ese sujeto es con el que queremos dialogar y Freire nos da esa posibilidad.

Por ello consideramos *ad-mirar* la pedagogía de Paulo Freire como *Pedagogía de la palabra*.

Encuentro que nos conduce a tocar la propuesta de educación popular, donde la acción educativa se desarrolla fuera de espacios tipificados para la educación “formal”: aulas e instituciones escolares, ya que nuestro tema de estudio se sitúa en distintos espacios los cuales son colocados por los sujetos involucrados, donde se configura un proceso formativo y un sujeto en formación. Educación popular que permite construir horizontes de posibilidad donde las comunidades y pueblos organizados pueden transformar el sistema que los oprime reconociéndose como sujetos históricos.

El *sujeto histórico* es lo que permitirá que dialoguemos con propuestas tanto educativas como aquellas que no lo son, fundamentalmente, aunque hacen de la educación su máxima herramienta, como lo es la *Teología India*, donde pueblos indígenas y campesinos son reconocidos como sujetos constructores y transformadores de la realidad a quienes la Iglesia debe su aculturación teológica. Nos acercaremos a este planteamiento teológico debido a la formación de quienes hoy coordinan SADEC, personas que han caminado con organizaciones que llevan a la *praxis* esta perspectiva; organizaciones como la Diócesis de San Cristóbal, CENAMI y, lo que fue en su momento, PRODUSSEP.

También conversaremos con propuestas educativas como el sistema modular, en el cual, cobra importancia tanto la estructura pedagógica que impulsa el *acto de conocer* para aprehender la realidad, como la visión social del proceso salud-enfermedad; a su vez, intentaremos acercarnos al análisis de los dispositivos pedagógicos que materializan el planteamiento y la práctica pedagógica de SADEC en la formación de trabajadores de salud autónoma.

Posteriormente, en la segunda parte de este apartado, acercarnos al encuentro o desencuentro entre los CMT y los CMI con intensión de *mirar-nos* y comprender la forma en que se relacionan; lo cual nos permitirá dialogar, principalmente, con el trabajo y la formación de parteras comunitarias, ya que, es en el trabajo realizado con ellas lo que nos permitirá visualizar, de manera externa, las relaciones epistemológicas entre los conocimientos médicos implicados en el proceso de formación.

Y como última vuelta, de esta parte del bordado, acercarnos a los planteamientos que la asociación maneja como elementos éticos de su actuar: *Autonomía, Género y Derecho a la salud*, los cuales son incorporados en su *quehacer pedagógico* después de 1994.

A sí que, sin más, iniciaremos con la estructura del presente capítulo que es el volumen de nuestro bordado:

## **El sujeto histórico. Una mirada**

### **4.1 Freire, la Teología India y el sistema modular**

Durante el caminar de esta aproximación, en ese continuo *recordar* –volver a vivir- cada entrevista, percibir cada sujeto, sus reacciones, los espacios, las interpelaciones, los sujetos convocados al diálogo; ha quedado una resonancia que permite percibir continuamente palabras y frases que remarcan la importancia otorgada a la participación comunitaria, como práctica social y política; al reconocimiento de los involucrados como sujetos sociales e históricos; así como la importancia que se otorga a los conocimientos médicos como *conocimientos compartidos* que pueden ser *re-creados* y que la situación de marginación y pobreza que condiciona la vida en las comunidades pueden ser transformadas mediante acciones en salud y educación.

Esta resonancia nos interpela e involucra en una continua búsqueda de lo que se entreteje en la configuración de nuestro sujeto y tema de estudio; lo que nos permitió un *re-encuentro* con la *Pedagogía de la palabra*, a la cual nos acercamos para dar posibilidad a la comprensión de un proceso de formación actual donde nuestro referente principal son las acciones y discursos de los propios sujetos.

El *re-encuentro* con la pedagogía de Paulo Freire hizo que emergieran elementos sustanciales como: el reconocimiento de los involucrados en el acto educativo como sujetos históricos y, por tanto, temporales, capaces de educarse uno al otro, en reciprocidad, donde el conocimiento puede construirse y las condiciones sociales, económicas y políticas de opresión transformarse, donde la palabra cobra su dimensión social, epistemológica y

política. Planteamiento que, si bien es pedagógico, también lo es antropológico, filosófico, epistemológico y político con lo cual hoy se fundamenta, de manera sustancial, la *Pedagogía Crítica* (Véase McLaren, 2004) y que nos hace ver a Freire como un gran pedagogo del siglo XX (Dussel, 2011).

SADEC nos hizo percibir que sus acciones educativas caminan en sintonía con el pensamiento de Freire, al cual se acercó por la relación que tuvo, y que aún mantiene, con ONG's que conocieron la propuesta y la impulsaron en nuestro país desde la década de los setenta. La asociación reconoce, desde su experiencia como PSCMC hasta el actuar en colaboración con las JBG, a los involucrados en el proceso educativo como sujetos y no objetos del acto educativo, sujetos capaces de intervenir, decidir, de optar, de tomar iniciativas –conscientes de su ser histórico-político y de su lucha por la vida-.

La asociación posee la certeza de que el conocimiento médico puede compartirse y *re-crearse* en colaboración con los pueblos, donde no es necesaria una trayectoria escolar para compartir las prácticas y conocimientos médicos –aunque sí el saber de la lectura y la escritura en español, lo cual, en su momento, figuró como requisito para que promotores/as de salud fueran formados<sup>114</sup>; con las parteras el único aspecto necesario para colaborar en su formación fue ser reconocidas por su propia comunidad-.

Conocimientos compartidos donde son importantes los elementos sociales que condicionan el proceso salud-enfermedad para comprender el estudio y uso de la medicina institucional y, como asunto importante, reconoce el contexto cultural de los pueblos involucrados y sus saberes médicos, lo que nos hizo reflexionar sobre la implicación teórica-metodológica del *quehacer pedagógico* de la asociación.

Implicación que fue preocupación y ocupación de la asociación. La búsqueda de los referentes teórico-metodológicos que sustentaran la labor permitió su encuentro con ONG's, pues, en el ámbito gubernamental no existían espacios de formación académica que se enfocaran al área de la Salud Comunitaria, así que, fue con ONG's con quienes se

---

<sup>114</sup> Lo que permitió romper con la creencia de que la práctica médica debe ser ejercida únicamente por aquellos sujetos “profesionalmente formados” en salud en instituciones certificadas por el Estado mexicano.

decidió caminar el proyecto de vida echado andar, desde el PSCMC hasta su conformación como SADEC:

[...] nos planteamos la preparación el equipo que estábamos ahí, y nos topamos con que no había dónde, no hay una escuela de salud comunitaria, pues, está la Escuela de Salud Pública que es otra cosa, el concepto de epidemiología es otro rollo, en la UAM Medicina Social que tampoco tiene mucho que ver con esto, está más enfocado a la medicina laboral, etc. Entonces, nos empezamos a topar con que había mucha experiencia en grupos [...] no gubernamentales y así fue como alguna ocasión hicimos un viaje a Perú para conocer un proyecto de Salud Andina relacionados con plantas medicinales o en el caso de Guatemala, bueno, y aquí mismo en el país, con pequeñas experiencias en otros lados, y así, fuimos resolviendo, en mi caso y el otro colectivo de grupo de médicos con quienes trabajamos como este proceso de formación didáctica, autodidáctica [...] (Entrevista realizada a Joel Heredia fundador y socio actual de SADEC, mayo 2010).

El acompañamiento de ONG's no fue solamente corporal sino también conceptual y epistemológico, lo que permitió asirse de conceptos que, hoy, dan cuenta de teorías que, aunque implícitas, nos proporcionan elementos para comprender acciones y discursos en salud y educación.

Teorías implícitas que pueden ser parte de un quehacer pedagógico; estas teorías son consideradas como *“producto de la construcción del mundo a través del cuerpo [mediante] procesos de aprendizaje asociativo; [que] tienen un origen cultural en tanto se construyen en formatos de interacción social y comunicativa”* (Pozo, 2001; Pozo y Gómez, 1998; Pozo, 1997, citados en: Vogliotti y Macchiarola, 2003: 2). Definición que retomamos sólo dando mayor énfasis a la construcción conceptual que se hace desde y con la interacción social y comunicativa.

Para nosotros las teorías implícitas son una construcción conceptual que se configura en la relación con los Otros y con el mundo, donde cobra importancia el diálogo (con un lenguaje corporal y simbólico común) que los lleva al uso, de manera implícita, de teorías que se materializan en conceptos, los cuales, en la práctica cotidiana, pueden ser parte de discursos y actos donde se pretende concretar sueños.

Podemos mencionar que el discurso y acción de SADEC pretende concretar un sueño y, que para ello, busca las formas y expresiones que lo posibiliten. El *estar con* las comunidades también ha alimentado la construcción de ese discurso pedagógico y ha

permitido configurar el rostro y cuerpo de la asociación; ello combinado con la propia formación –escolar o no, “formal” o “no formal”- de quienes hoy la conforman, tanto de sus miembros (socios) como de sus colaboradores y trabajadores, quienes en ocasiones – directa o indirectamente- participan en procesos de formación de trabajadores en salud comunitaria.

Con respecto a sus miembros –principalmente de aquellos que le dieron origen-, podemos mencionar al médico Joel Heredia, quien desde joven percibió a través del cuerpo la capacidad de aprender de las personas al encontrarse en situaciones que dan pie a una necesaria intervención médica, lo cual le lleva a creer en la posibilidad de aprender una práctica médica a través de la experiencia, lo que, a su vez, le dio seguridad para decidir estudiar medicina:

[...] cuando yo entré a la prepa ya iba con la idea clara de estudiar medicina, [...] me oriente al área de biológicas [...] conocí al director de un hospital, rápidamente me puse de acuerdo con él y me permitió que fuera por las tardes hacer labor social y acercarme a conocer el funcionamiento del hospital, de esa manera, pues de repente yo ya me veía en él, ya estaba en el hospital, primero a conocer el hospital y, después, ya me incorporé con el personal de enfermería a hacer tareas propias de enfermería de recibir a un paciente hasta algunos casos me enseñaron a suturar y a hacer curaciones y, entré a ver cómo eran los partos, entonces, poco a poco fue un año más o menos y yo creo que, sin duda, esto reafirmó mi deseo de estudiar medicina [...] (Entrevista realizada a Joel Heredia, fundador y socio de SADEC, mayo 2010).

Posteriormente, su formación como médico en el sistema modular de la UAM-Xochimilco logró amalgamar su perspectiva personal con esa formación universitaria y resolver con la decisión de trabajar en y con las comunidades campesinas e indígenas de Chiapas y, desde entonces, permanecer con el compromiso de un proyecto de vida coherente<sup>115</sup>.

Lo que permitió en ese *estar con* las comunidades de Marqués de Comillas que no dudase en la capacidad de los jóvenes para aprender actividades de enfermería e intervenir y resolver problemas locales de salud –ya como promotores y promotoras de salud-,

---

<sup>115</sup> Joel Heredia forma parte de las primeras generaciones de médicos egresados de la UAM-X, quien aprehendió corporalmente el sistema modular y ha hecho de éste su referente de acción educativa. Actualmente coordina el servicio social de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la UAM-X en el estado de Chiapas, servicio que se realiza a través del PIIDHCH de la misma universidad.



posición y decisión que sustentó ante instituciones gubernamentales en el momento de estructurar el PSCMC:

[...] aquí [en México] si no resuelves y no dejas o no le das formas o instrumentos a la población [con respecto a su salud y enfermedad], pues, se muere; entonces, nosotros en ese sentido, nos topábamos con problemas con la Secretaría de Salud y con toda la resistencia [...], entonces, tuvimos que meter al tema desde la propia institución [el INI] de por qué son importantes los procesos de interacción, de formación y de capacitación y de que las habilidades están y que se pueden acotar, no se trata de formar a una figura de un promotor como un médico, en comunidades, pero sí reconocer que tiene capacidades, que tiene habilidades y que las puede echar andar en su contexto [...] (Entrevista realizada a Joel Heredia, fundador y socio actual de SADEC, mayo 2010).

Visión que se articuló con la participación de los pueblos y con la “necesidad” de una institución de gobierno, en ese entonces INI<sup>116</sup>, por intervenir en la zona con trabajos en salud; lo cual posibilitó que jóvenes como Flora, Hilda, Obdulio, Fulgencio, Saúl, por mencionar algunos de una interminable lista<sup>117</sup>, se formaran como promotores o promotoras de salud:

Pues yo creo que, como en todos los casos de promotores y promotoras [...] yo conocí a un amigo [...] lo conocí como promotor de salud y me interesó, me llamó mucha la atención el trabajo que él hacía en su comunidad, se llama Obdulio [...], él me hace la invitación y, pues bueno, en la comunidad no había nadie, no teníamos nada, o sea, una comunidad, pues, hacía falta alguien que pudiera dar algo para una calentura, por ejemplo, y eso fue lo que me llamó, me llamó la atención en ese momento de servir en la comunidad, y llego a la asamblea y platico a la asamblea del programa y les digo que yo quiero servir, que yo quiero ser promotor de salud y la comunidad me avaló en ese momento, ya tiene un buen rato, tenía 17 años y, fue así, como entro como promotor de salud (Entrevista realizada a Saúl Hernández, fundador y socio actual de SADEC, agosto 2010).

Y que por el trabajo y esfuerzo de las comunidades, regiones y organizaciones, se haya podido crear y sustentar un sistema regional de salud –que en el caso de las zonas

---

<sup>116</sup> El gobierno federal ante su incapacidad para resolver los problemas de salud y enfermedad de la mayoría de la población campesina e indígena del país y por el debate internacional sobre la “necesaria” participación de las comunidades para lograr la cobertura en salud por medio de la Atención Primaria en Salud, y por las políticas económicas neoliberales que se introducían también en lo social – corresponsabilidad en salud, recorte de presupuesto en servicios públicos, etc.-; fue que se tomó en cuenta la participación de las comunidades en proyectos y programas de salud –aunque desde una perspectiva técnica e instrumental-. Las acciones llevadas a cabo por el INI en esta zona se coordinaron con el Centro Coordinador Indigenista Tzeltal-Ch’ol-Lacandón; hoy nombrado como Centro Coordinador Indígena Tzeltal-Ch’ol-Lacandón a cargo de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), con sede en Santo Domingo.

<sup>117</sup> Más aún si tomamos en cuenta a todos aquellos jóvenes formados en salud comunitaria desde el PSCMC o como promotores/as de salud autónoma o multiplicadores/as con SADEC en coordinación con las ahora JBG, en zona zapatista.

autónomas este trabajo se ha llevado a cabo al margen del Estado mexicano y ha impulsado la construcción del SSAZ-.

El reconocer y reconocerse como *sujetos históricos* –y no sólo sino también políticos- ha permitido a todos los involucrados aprender y ser parte de la construcción de un sueño, el cual se vive con arduo trabajo y solidez política. Un sueño donde Pedrito no muere por diarrea o calentura, donde *x-María* decide cuántos hijos tener sin temor de morir de parto, donde Antonio ve correr a la *x-Toña* y *al Aniceto* sin temor de que mueran durante sus primeros cinco años de vida. Ese es el sueño, esa es la apuesta, por ello trabajan y se organizan aquellas personas que se involucran corporalmente en un proyecto de vida donde los pueblos y comunidades indígenas y campesinas son sujetos de su historia, donde estos sujetos participan con la clara convicción de luchar contra un sistema que los niega física y culturalmente y que, apuestan todo por la construcción de otros mundos posibles.

Ese aprender y caminar con las comunidades nos ha llevado a reflexionar sobre la potencialidad de los sujetos al *ad-mirarse* como seres capaces de transformar la realidad en relación con Otros y con el mundo. El *ad-mirarse* como un conjunto, donde el educador no deposita “el conocimiento” y se va –en el caso del extensionismo o el asistencialismo- sino que se compromete corporalmente con un proyecto de vida en colaboración con los pueblos, ese *estar con ellos*, es reconocerlos como *sujetos históricos*, temporales, donde su conciencia crítica posibilita la transformación de la realidad, donde el educador es comprometido y se inserta con los campesinos en la transformación, como sujetos con otros sujetos (Freire, 2007 [1969]: 71); donde la humildad y la capacidad de amar hacen posible la comunión con el pueblo, una comunión dialógica que se hace *colaboración* (Freire; 2005 [1968]).

[...] si realmente [el educador] cree en el pueblo, en los hombres simples, en los campesinos. Si realmente es capaz de unirse a ellos, y con ellos ‘pronunciar’ el mundo. Si no fuera capaz de creer en los campesinos, de unirse a ellos, será en su trabajo, en el mejor de los casos, un técnico frío. Probablemente un tecnócrata, o aún, un buen reformista. Nunca un educador de y para las transformaciones radicales (Freire, 2007: 102).

Freire reconoce esta necesidad de unidad, en el educador y el educando en relación con el mundo, una unidad que se transforma en un proyecto de vida.

SADEC lleva a cabo mucho de lo planteado por Freire desde los sesenta, una pedagogía que caminó y sigue caminando en muchos lugares de nuestra América, no como simulación o parches pedagógicos sino como horizonte de construcción pedagógico y libertario.

SADEC nos muestra lo que retoma de la *Pedagogía de la palabra* e intenta hacer de esa pedagogía una *in-corporación*, es decir, la hace cuerpo amasándola en espacios y tiempos donde los pueblos indígenas luchan día con día por ser reconocidos como *sujetos histórico-políticos*, donde lo que importa son los pueblos. Una lucha donde la organización y el trabajo han transformado las demandas sociales en acciones concretas.

El reconocerse mediante un proceso educativo como sujetos de decisión que tienen la responsabilidad y el compromiso con las comunidades, ha posibilitado que muchas personas puedan configurarse también como *sujetos pedagógicos* en su caminar con SADEC –promotores/as de salud, multiplicadores, parteras y MPSS-. Sujetos pedagógicos que se implican en todo momento en acciones educativas, las cuales pasan a ser parte de su *estar-siendo con Otros y con el mundo*. Esa configuración ha dejado huella en la memoria personal y colectiva de quienes acompañan y configuran el ser de la asociación.

Justamente vale la pena mencionar parte de esa historia personal que se amalgama con una historia colectiva, la cual configura la historia misma de la asociación. Como lo es la del médico Joel Heredia también lo es la de dos personas sustanciales en la praxis educativa actual de SADEC: Saúl y Fulgencio, ambos originarios del estado de Chiapas, miembros de familias que emigraron a la Zona Fronteriza del estado ante la exigencia de tierra, posicionándose en ese territorio a finales de los setenta y principios de los ochenta. Zona que hoy es nombrada como municipio oficial Marqués de Comillas.

Ellos ante las condiciones y las pocas posibilidades de vida de sus pueblos, deciden, siendo jóvenes, responsabilizarse de un trabajo comunitario como promotores de salud y ejercer el *cargo* de manera voluntaria teniendo el respaldo de sus comunidades, con quienes adquieren el compromiso de aprender, ejercer y enseñar con responsabilidad y honestidad una práctica médica y, así, responder a las necesidades locales de salud –para no seguir muriendo-. Posteriormente los dos deciden también, de manera voluntaria, formarse como

educadores en salud o multiplicadores y realizar actividades tanto educativas como de coordinación. Ambos son parte de las primeras generaciones de promotores de salud formados con el PSCMC y, quienes, ante el resquebrajamiento del programa deciden, junto con otros promotores/as de salud y médicos/as, continuar los trabajos en la zona de manera independiente y conformar la asociación civil rostro de nuestra investigación. Ahora son coordinadores de algunas de las áreas en las que se estructura la asociación: vacunación, capacitación y coordinación general. Son quienes han compartido enseñanzas y aprendizajes con el personal de salud autónoma y han logrado configurarse como *sujetos pedagógicos*.

¿Qué es lo que alimenta a ese *sujeto histórico* desde la práctica educativa de la asociación? Un aspecto es que desde el área de capacitación SADEC alimenta un proceso formativo donde el aspecto social de la práctica médica y su capacitación técnica posibilita que educandos y educadores se configuren como sujetos de decisión y opción, que puedan intervenir en procesos de salud-enfermedad más allá del tecnicismo médico –no sólo manejar un número especificado de medicamentos y técnicas curativas y preventivas sino conocer más posibilidades de prevención y sanación- donde combinan técnicas tanto de la medicina alópata como de la medicina tradicional para, así, responder a los problemas locales de salud en un primer nivel de atención<sup>118</sup>.

Donde lo que importante es reconocer tanto las causas sociales como las biológicas de las enfermedades endémicas de la región; por ello se trabaja en un proceso de formación donde la técnica (capacitación) se acompaña con el estudio social de procesos de salud-enfermedad; estudio que se acompaña con reflexión en torno políticas públicas en salud tanto a nivel local como nacional e internacional y la intervención médica.

En la formación del personal de salud, principalmente con multiplicadores, se considera la enseñanza pedagógica, aunque ello desde la enseñanza y aprendizaje de

---

<sup>118</sup>Si bien, en regiones autónomas zapatistas se trabaja porque la atención en salud se dé hasta en un segundo nivel, tal es el caso de las Clínicas Centrales u Hospitales donde existen áreas específicas de atención –atención de especialidades-, se atienden algunos partos complicados –hasta donde exista la capacidad-, o se realizan algunas cirugías, hasta donde se pueda, cuando no, se refiere a otro nivel de atención en el sistema público de salud aunque ello conlleve a malos tratos y poca o nula atención por parte del personal de salud de la Secretaría de Salud estatal o federal.

instrumentación didáctica, técnicas educativas y principios educativos como el aprender y enseñar con el ejemplo, donde la relación educador-educando se traslada a la relación promotor-paciente, médico-paciente o partera-parturienta –SADEC al llevar a cabo los talleres y cursos está, a su vez, siendo ejemplo de intervención educativa, de cómo puede trabajarse la enseñanza y el aprendizaje en salud, los educandos que asisten a esos talleres toman, de esa intervención educativa lo necesario para realizar su trabajo propio ya sea en el ámbito médico o en el educativo-. Una relación que se da entre sujetos, la cual no es una relación vertical sino horizontal, donde lo importante es el diálogo, compartir conocimientos y la enseñanza y el aprendizaje recíproco.

Es un proceso pedagógico donde el estudio del proceso salud-enfermedad se ve condicionado por lo social, donde el estudio de lo biológico se presenta como resultado de dicho condicionamiento. Encuentro donde las comunidades y las familias son sustanciales para el proceso de sanación o para el proceso educativo, a diferencia de la relación médico-paciente, maestro-alumno que se establece desde la perspectiva de la medicina institucional o de la educación bancaria, en la cual los educandos son objetos y los educadores sujetos del acto educativo, donde se recibe el conocimiento y no se construye, donde los alumnos acumulan y archivan, no de-construyen y crean alternativas; donde no existe el diálogo sino el monólogo (Freire, 2005 [1968]).

En el proceso pedagógico que impulsa SADEC se ejerce con claridad la práctica educativa apartada de la perspectiva bancaria de la educación, aunque ésta cobre presencia en la relación educativa que construyen momentáneamente los pasantes en servicio social que transitan por la asociación con el personal de salud autónoma<sup>119</sup>.

En el proceso de formación de promotores/as de salud, parteras y multiplicadores que sistematiza SADEC, el conocimiento médico se recrea, posibilidad que permite cuestionar el saber y práctica médica institucional y tomar de ésta lo necesario para ejercer una práctica médica comunitaria y autónoma.

---

<sup>119</sup> De ahí que la asociación tome en consideración un trabajo de asesoramiento pedagógico con este personal para que, lo que es guía en la asociación no se diluya en el trabajo esporádico que realizan los prestadores de servicio social. Más que nada sobre metodología educativa.

En el proceso de formación en salud son interpelados tanto el proceder médico institucional como el saber de la medicina alópata, “científica” o hegemónica, así como también se cuestionan algunas de las prácticas médicas tradicionales –más en el caso de las parteras, al reconocer cuáles de estas prácticas pueden dañar a la madre o al bebé-.

Los promotores/as de salud, multiplicadores y parteras retoman, de los conocimientos y la práctica médica institucional, los *conocimientos necesarios* que posibiliten la reproducción de la vida en las comunidades; dichos conocimientos son aquellos que, propios o ajenos, tradicionales o institucionales, son usados en la práctica médica para responder, de la mejor manera y en tiempo, a las necesidades locales de salud. Estos *conocimientos necesarios* forman parte, a su vez, de los *saberes apreciados* que los sujetos consideran aprender, Padierna (2008) nos propone esta categoría de análisis que enmarca en los espacios de participación de las mujeres zapatistas, donde estos *saberes* son vistos como valiosos por los sujetos para el desarrollo de sus prácticas, y eventualmente, para la superación de situaciones de subalternidad o exclusión (Padierna, 2008: 56), que en este caso serían situaciones de muerte.

Saberes que, por nuestra parte, extendemos más allá del espacio de participación de las mujeres –aunque esto es de suma importancia debido a la intervención de mujeres en el ámbito de la salud, principalmente en salud reproductiva y en partería, pues estos son los espacios privilegiados para la participación de mujeres bases de apoyo-; *saberes apreciados* por todos aquellos sujetos que posibilitan la reproducción de la vida en las comunidades y en la región. Los conocimientos médicos (tradicionales e institucionales) forman parte de esos *saberes apreciados* que otorgan posibilidad de intervención social y política no sólo a mujeres sino a todo el personal de salud autónoma.

Si bien, la praxis pedagógica de SADEC acerca a los educandos a ciertos conocimientos médicos –tanto técnicos como teóricos- donde el personal de salud retoma aquellos que son necesarios para su intervención médica<sup>120</sup>, la formación del personal de

---

<sup>120</sup> Existen otros cursos de capacitación donde este personal se forma, SADEC es sólo una de las asociaciones que apoya el SSAZ, existen muchas otras que acompañan el proceso en construcción. Los promotores/as de salud y multiplicadores viven un proceso de formación muy amplio y, en ocasiones, especializado, donde no interviene SADEC. Esta formación se alimenta básicamente con la práctica misma donde, en ocasiones,

salud autónoma no depende exclusivamente de esta asociación, pues ellos y ellas, junto con sus responsables, coordinadores y consejo de salud buscan otras posibilidades de formación en distintos ámbitos de la salud y con diferentes organizaciones, colectivos o individuos que apoyan los trabajos con los que se construye la *Autonomía Zapatista*.

En el proceso pedagógico que la asociación va construyendo la capacitación se vive como una parte del proceso formativo no como el fin de la acción educativa, ya que ésta se complementa con una formación política y una reflexión crítica sobre el estudio del proceso salud-enfermedad. Lo que nos remite a lo que Freire (2007 [1969]) expuso que debería ser la capacitación:

[...] más que el entrenamiento, porque busca conocimiento, es apropiación de procedimientos. [...] la capacitación para que sea verdadera, sólo puede realizarse en la praxis. En la acción y en la reflexión. En la comprensión crítica de sus implicaciones de la propia técnica (Freire, 2007 [1969]: 103).

Esas implicaciones, esa acción y reflexión ha posibilitado no sólo el proceso de formación que acompaña SADEC sino el que se vive en la complejidad del proceso educativo que se impulsa desde la construcción autonómica; es que promotores/as de salud, multiplicadores y parteras tengan claro que pueden formarse en diferentes áreas de salud, entre ellas en el área tecnológica (prepararse en laboratorio clínico y en manejo de equipo e instrumentos médicos) sin con ello perder la razón de su uso y el propósito de cada aprendizaje: reproducir la vida en las comunidades indígenas y campesinas de la región, principalmente de las bases de apoyo zapatista. Así como también re-valorar los conocimientos médicos propios pues son éstos los que brindan mayor posibilidad de acceso

---

médicos/as, enfermeras y estomatólogos/as que realizan servicio social con SADEC se ven involucrados y son quienes, directa o indirectamente, participan en sesiones educativas. Claro ejemplo de ello son los reportes de servicio social –más de cien- que han realizado egresados de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la UAM-X en su tránsito por SADEC, donde dan cuenta de intervenciones educativas momentáneas que, sin lugar a dudas, van configurando poco a poco la práctica médica del personal de salud autónoma. Y, como ya se mencionó, el proceso de formación en salud autónoma es muy amplio y no sólo se enfoca a intervenciones planeadas o intencionales, sino que abarca todo el espacio, tiempo y sujetos sociales que se ven involucrados directa o indirectamente en actos educativos como son: las reuniones comunitarias, los encuentros, durante el ejercicio de la práctica médica o en la relación con otros promotores/as autónomos y personal de salud externo que los apoya.

a una terapia y tratamiento de sanación, pues, los fármacos de la medicina institucional suelen ser inaccesibles en costos para la población.

El acompañamiento pedagógico que posibilita SADEC se combina con una formación política en dos sentidos; uno, mediante el ejemplo que ejerce la asociación en su continuo estar ahí con las comunidades, en ser parte de la construcción del SSAZ y alimentar directa e indirectamente la construcción de esa *Autonomía*, esa formación política es parte de SADEC, lo que se complementa con la formación política que es existencia de aquellos que pertenecen a una organización etnopolítica que ejerce el principio de *mandar obedeciendo*, en este caso, promotores/as de salud, multiplicadores/as y parteras comunitarias y/o autónomas.

Dos, al compartir algunos mecanismos y herramientas educativas que provocan la reflexión, algunos de ellos en torno las políticas públicas en salud local, nacional e internacional, lo cual genera mayor posibilidad de reflexión y acción en la práctica médica; ya que, al comprender estas políticas el personal de salud comunitaria tiene mayor posibilidad de reconocer el tipo de relación que enfrenta cuando tiene que dar cuenta de traslados de pacientes al personal de salud que labora en instituciones del sistema de salud gubernamental; además, que estas reflexiones alimentan las razones y causas de su lucha social y política.

El proceso de formación se vive como un proceso de enseñanza y aprendizaje recíproco; donde los principios rectores de toda acción educativa son el respeto a la autonomía, al contexto cultural de los educandos y la reflexión en torno a la participación de las mujeres en trabajos de salud. Donde el principio rector es ejercer con honestidad la práctica médica y el reconocer las capacidades de intervención y trabajar siempre con los recursos disponibles, tanto materiales como humanos, con la única finalidad de tener posibilidades de respuesta ante los problemas locales de salud.

Freire es parte del proceso pedagógico que camina SADEC en la formación de personal de salud en zonas autónomas, forma parte de su espíritu pedagógico, es parte intrínseca de su trabajo desde su aspecto filosófico, antropológico, pedagógico y político y, por ello, la *Pedagogía de la palabra* es un planteamiento pedagógico que debe continuar



como parte importante de la reflexión pedagógica contemporánea en nuestra América, pues forma parte importante de las propuestas y trabajos educativos contemporáneos en nuestro país.

Pedagogía que nos tiende caminos de ida y vuelta en este trabajo debido a su interconexión con otros planteamientos que fueron tomando espacio en la investigación, como son: *la Teología India*, el sistema modular, la visión social del proceso salud-enfermedad y el reconocimiento del contexto cultural de los pueblos involucrados, con quienes se comparte la idea del sujeto que construye, que condiciona y es condicionado por su historia; historia que se hace en relación con Otros y con el mundo; sujetos capaces de transformar las condiciones que nos oprimen como humanidad, asuntos que nos llevan hacia diferentes encuentros.

El primero de ellos: con la *Teología India*, la cual se sustenta en que los pueblos y comunidades son constructores de su propia historia y que son estos, en la expresión de su cultura, los portadores de la semilla de la palabra de Dios y, por tanto, son reconocidos como sujetos que crean y recrean una praxis teológica. Planteamiento que ha acompañado muchos procesos de formación en salud comunitaria en diferentes lugares de nuestro país a través de sujetos sociales como la Diócesis de San Cristóbal, CENAMI y PRODUSSEP, quienes han dirigido su práctica social acompañando a CEB en la formación de promotores/as de salud, parteras y educadores populares en salud —que para SADEC serían los multiplicadores y que en el SSAZ son nombrados como capacitadores de salud autónomos-. Por ello es pertinente hablar ahora de este planteamiento teológico donde los pueblos y comunidades son reconocidos como *sujetos históricos*, como sujetos de su propia historia.

Caminemos ahora hacia un:

#### 4.1.1 Un encuentro con la Teología India

*La teología india es la teología de la palabra que camina...  
es la palabra en conversación...*<sup>121</sup>

Después de las reflexiones del Concilio Vaticano II donde la Iglesia declara su opción por los pobres y su aplicación en América con la II Conferencia del Episcopado Latinoamericano en Medellín, Colombia (1968); la Iglesia latinoamericana se transformó viviendo un proceso de inmersión cultural permitiéndose beber todo aquello que posibilitara el acercamiento y el respeto a las culturas indígenas.

Después del Primer Congreso Indígena llevado a cabo en 1974 en San Cristóbal de Las Casas la guía de trabajo para la diócesis fue la opción por los pobres, que en su mayoría se asentaban en territorios indígenas. Se optó por *estar con* los pueblos, prepararse con ellos y hacerse de herramientas que posibilitaran el encuentro entre la Iglesia y las culturas indígenas. Muchos religiosos se prepararon para su inmersión cultural donde el respeto de las culturas indígenas pasaba necesariamente por el respeto a su lengua; la cual fue necesaria aprender para tender un puente de entendimiento y comprensión de la cultura de los pueblos para, con ello, posibilitar la *con-vivencia* y el proceso de evangelización mediante la participación activa de los pueblos en la re-construcción teológica.

Como vemos, la Diócesis de San Cristóbal adquirió un giro al iniciar sus trabajos pastorales bajo la perspectiva de la *Teología India*, el obispo Ruiz García (2003) señala tal inculturación debido al reconocimiento que se hizo de los pueblos indígenas como constructores de la fe cristiana, comprendiendo su cultura y su ser como sujetos sociales y colectivos, es decir, como *sujetos históricos*, como *sujetos pueblo*.

La Diócesis de San Cristóbal ha realizado un importante trabajo pastoral y social acompañando a pueblos y comunidades de Chiapas en su caminar teológico y evangélico. Con el obispo Samuel Ruiz García esta diócesis vivió un proceso de aculturación que le permitió constituirse como una de las diócesis más importantes en la lucha por el reconocimiento de los pueblos indígenas como sujetos de su historia. El trabajo de la

---

<sup>121</sup> Alicia Gómez. Sección diocesana de la Teología India, Diócesis de San Cristóbal, Chiapas, 2003.

diócesis se permitió estar presente y en sintonía con los pueblos indígenas de Chiapas por el hecho de reconocer que en sus culturas se experimenta y ejerce una práctica teológica profunda: “*las culturas, como identidad de los pueblos, merecen un gran respeto por parte de la Iglesia y sus pastores porque en ellas se encuentra presente y actuante la semilla de la Palabra de Dios*” (Ruiz, 1999:128).

Ese reconocimiento permitió a la Iglesia vivir una inmersión cultural, pues, al declarar tanto su opción por los pobres, lo que abría brecha a la posibilidad de articulación con la *Teología de la Liberación*, se decide optar por acompañar la construcción teológica alrededor de la *Teología India* –para Dussel (2011) esa teología es una de las formas de la Teología de la Liberación-.

Para Alicia Gómez, quien ha trabajado en la sección diocesana de esta teología:

[La Teología India] tiene quinientos años, pero su estudio sistemático en la diócesis no tiene más que quince años. Se trata de recuperar el caminar de Dios en el pueblo, el caminar de Dios en los símbolos, los ritos, los mitos, que son las antiguas palabras de los indígenas, para descubrir así el rostro y el corazón de Dios para los indígenas [...] El indígena es, de entrada, muy religioso. No hay división entre la vida y la religión; son una unidad. El trabajo diocesano en cuanto a la teología india ha consistido en recuperar los ritos, profundizar los símbolos, recuperar las antiguas palabras sagradas: el Ojovoxtotil, el Manujel, el Homshuk. Son relatos de su cultura. El Ojovoxtotil y el Manujel son el mismo relato, el primero en tzotzil y el segundo en tzeltal. Se trata de una encarnación de Dios que camina, que se preocupa por su pueblo en todo momento.

La teología india es una manera de reunir la fuerza de Dios, la fuerza de los abuelos, y, gracias a esta fuerza, hacer frente a los conflictos y conservar la esperanza. Son los propios indígenas los que hacen el trabajo. Son ellos los que hablan con los abuelos. No es un trabajo de un antropólogo, que recuperaría la antigua palabra por sí misma; es, por el contrario, una manera de ir a buscar la fuerza de los antepasados, la fuerza de Dios, para caminar hoy. La teología india es la teología de la palabra que camina, porque, en una cultura casi sin escritura, es siempre una palabra en conversación (Ruiz García y Torner, 2003: 78-80).

La Teología India se materializa mediante el ejercicio de la *Pastoral Indígena* llevada a cabo *por indígenas para los indígenas*, con la que se ha impulsado y respaldado gran número de proyectos sociales donde los principales sujetos sociales posibilitan la organización y transformación de sus condiciones de vida. Posibilidad reconocida por un proceso de concienciación donde el trabajo pastoral de religiosos y laicos ha sido importante.

Trabajo de diáconos, catequistas, promotores/as de salud y de derechos humanos, animadoras de mujeres, coordinadores de jóvenes y distintas organizaciones –productivas, ejidales, de salud, etc.,- todos ellos miembros de las comunidades y pueblos indígenas quienes han realizado acciones sociales, donde la base son las necesidades e intereses de sus propias comunidades.

[...] hemos apoyado casi en todas las parroquias de la diócesis proyectos de promoción y desarrollo que llevan adelante los indígenas y campesinos no-indígenas impulsados siempre por motivaciones de fe. [...]. Entre estos asuntos mencionamos molinos para nixtamal que, en las comunidades más apartadas, les han permitido a las mujeres elevar sus condiciones de vida, en cuanto que este servicio les resultó más económico, estuvo disponible precisamente cuando lo requirieron sin estar sujetas a arbitrariedades de los antiguos molineros, pudieron organizarse en torno a un interés común y vital, tuvieron cada día tiempo para dedicarlo a su alfabetización, e incluso, para participar con sus maridos en otras reuniones promocionales, y para su formación en la fe. [...] se formaron cooperativas de consumo y producción, las de consumo por sus precios mucho más bajos significaron ahorro tanto en la adquisición de productos básicos y de primera necesidad, como su venta y distribución entre los miembros de las comunidades, las de producción han ido progresando de tal manera que ya cuentan, sobre todo las destinadas a la exportación del café, con certificados de calidad por su cultivo sin la utilización de químicos y relación con el mercado nacional e internacional. También destaca el apoyo que proporcionamos a la formación de promotores de salud y el equipamiento de pequeños dispensarios y farmacias comunitarias, así como el respaldo a la obra que las hermanas de la Caridad realizan en el Hospital de San Carlos, Altamirano y el apoyo a la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas [OMIECH] que, inspirados en sus propias tradiciones curativas y de salud, no solamente imitaron a Jesús que sanaba a los enfermos de distintas enfermedades, sino que esa actitud mesiánica la desplegaron llevándola a la raíz de sus culturas, por lo cual establecieron huertos medicinales en comunidades estratégicas, recuperaron sus propios conocimientos y prácticas terapéuticas, se capacitaron en diversas especialidades médicas autóctonas y se organizaron en comités de salud comunitaria al servicio de las poblaciones (Ruíz, 1999: 75).

Acciones enfocadas a transformar la situación de opresión en que vivían los pueblos y comunidades mediante la construcción teológica, donde los principales sujetos fueron y han sido los propios pueblos. Trabajos que permitieron a los involucrados reconocerse como *sujetos histórico-políticos* e intervenir en la transformación de la situación de dominación en que se les mantenía como consecuencia de condiciones sociales, económicas y políticas de opresión y negación de la vida.

#### **4.1.1.1 El acompañamiento de la Diócesis de San Cristóbal al trabajo de SADEC**

Con SADEC o en su momento con PSCMC, la Diócesis de San Cristóbal colaboró en cuestiones de salud y educación proporcionando materiales educativos y tendiendo puentes

de encuentro entre organizaciones, con las cuales se pudiera acompañar el proceso educativo echado andar. Dos de los vínculos fueron: uno con PRODUSSEP y, el otro, con CENAMI; la primera siendo una organización a nivel nacional que abarcó gran número de organizaciones vinculadas a la Diócesis de San Cristóbal –entre ellas la OMIECH, EAPSEC, la OSIACH, SISCONUS y el Grupo de Mujeres de San Cristóbal-, tuvo un amplio trabajo en varios estados del país, en Chiapas parte de su labor se realizó en el ámbito de la salud y de la educación popular.

En los años ochenta apoyó el trabajo realizado con familias guatemaltecas que arribaron a nuestro país como consecuencia de la política de “tierra arrasada” que estimulaba el gobierno guatemalteco. Los grupos que conformaron a PRODUSSEP se dedicaron, en su mayoría, a acompañar y a capacitar a miembros de estas familias, aunque, se realizaron trabajos dedicados a la salud con población mexicana<sup>122</sup>.

Organización que apoyó, principalmente, el trabajo organizativo del programa (cuando el PSCMC) y también configuró modos de intervención educativa que fueron de la mano con planteamientos que, sobre educación popular, venían circulando en nuestro país en las décadas de los setenta y ochenta; principalmente de los trabajos y las reflexiones pedagógicas de Freire.

Para PRODUSSEP la educación popular planteada por este gran pedagogo fue importante, porque se encontraba en sintonía con lo que la diócesis venía realizando con los pueblos indígenas y campesinos de Chiapas: el reconocimiento de los pueblos como sujetos de su propia historia, en este caso a través de un trabajo pastoral. Reconocimiento de los pueblos como *sujeto histórico-político* que posibilita, mediante la organización y el trabajo, la transformación de las condiciones sociales, económicas y políticas que niegan la vida.

PRODUSSEP cobra importancia en la memoria colectiva de quienes son socios actuales de SADEC y, por tanto, es huella en la historia de nuestro sujeto de investigación.

---

<sup>122</sup> Construyeron algunas clínicas de salud como la de Poza Rica, en el municipio de las Margaritas, la clínica en el Ejido Morelia en Altamirano o la clínica “Jesús de Buena Esperanza” en la comunidad de Francisco Gómez, en el MAREZ que lleva el mismo nombre.

La otra organización que ha acompañado el trabajo pedagógico de SADEC es CENAMI, la cual con trabajos vinculados directamente con la *Teología India*, incide en la formación de multiplicadores –a los que nombra como educadores populares en salud-, con cursos sobre metodología educativa donde el trabajo de García Ramírez (1990) cobra importancia mediante su método de formación de promotores de salud, llamado éste *Salud, conciencia y organización*, donde se propone una guía de acción educativa para crear procesos de transformación social<sup>123</sup>, donde se vinculan la participación comunitaria, el estudio social del proceso de salud-enfermedad, el desarrollo de la conciencia crítica de educandos y educadores, el sistema modular y el reconocimiento del contexto cultural de los involucrados, método que fue construido como resultado de nueve años de trabajo conjuntamente con promotores y promotoras de salud del estado de Veracruz. Método cuyo fin es que mediante un proceso de concienciación se creen alternativas de vida donde los principales sujetos sean los pueblos campesinos e indígenas.

Con CENAMI los promotores y promotoras de salud se formaron en metodología educativa, en palabras del coordinador de capacitación de SADEC:

[Tuvimos] unos cursos para la formación, en CENAMI [ya como] multiplicadores [...] cursos que se daban cada seis meses, [...] y tuvimos 5, 6 cursos de repaso, [en los cuales se planteaban preguntas como] ¿con quiénes vamos a trabajar? con campesinos, compañeros que a veces fueron a la primaria o aprendieron solos ahí deletreando. [...] Cómo trabajar con ese tipo de compañeros o compañeras; eso nos duró como dos años [...]. Intermedio a esto se inicia también con una fase de análisis [sobre] la visión del trabajo, una visión de por qué lo estoy haciendo, una visión para qué lo estoy haciendo, con quién lo puedo trabajar, viene todo ese análisis [lo que llevó] a todo un trabajo de planeación, de administración, de organización ya no solamente es qué tema vamos a trabajar sino cómo nos organizamos para hacer el curso [...] hay que planearlo, hay que manejarlo [...] (Entrevistas realizado a Fulgencio Díaz fundador y socio actual de SADEC, coordinador del área de capacitación, mayo 2010).

---

<sup>123</sup> En una ocasión, ante la búsqueda del material bibliográfico que diera horizonte a esta investigación, busqué a CENAMI y, en ese momento, hubo la posibilidad de conversar con Abad Cruz quien coordina el área de Salud Comunitaria del centro. Al explicarle que estaba buscando el método de formación de promotores de García Ramírez, el cual no encontraba disponible en ninguna biblioteca; él hizo favor de prestármelo y mencionó que dicho método es importante para su trabajo con las comunidades y organizaciones con quienes trabajan. Cabe resaltar que quien suscribe el método llamado: *Salud, conciencia y organización*, también es parte de las primeras generaciones que se formaron con el sistema modular de la UAM-X, formación reflejada en el trabajo que realizó en el ámbito de la salud comunitaria y en el área de educación en salud. El sistema modular también es usado en la estructuración de los cursos que lleva a cabo CENAMI en la formación de promotores/as de salud y parteras comunitarias en varios lugares del país.

Formación que permitió que promotores/as de salud y parteras comunitarias pudieran *ad-mirarse* como *sujetos histórico-políticos*, con posibilidades de acción para transformar las condiciones sociales de vida mediante trabajos en salud combinando, a su vez, todos los aspectos de la vida comunitaria<sup>124</sup>. Donde son importantes las sesiones de reflexión que guían los propósitos de una práctica educativa centrada en el reconocimiento de las comunidades y pueblos como sujeto sociales, lo que ha impulsado a optar y construir distintas luchas sociales, políticas y étnicas para conseguir o llevar a cabo los derechos fundamentales de todo ser humano. La parte importante de ese reconocimiento es que se considera que quienes intervengan en cualquier trabajo social con comunidades campesinas e indígenas deben ser parte de éstas, es decir, que el trabajo de religiosos y laicos indígenas se realiza en y con los pueblos indígenas. De ahí que la Diócesis de San Cristóbal y CENAMI trabajen principalmente con la *Pastoral indígena*, ejerciendo una teología indígena y no indigenista, donde el sujeto principal de toda acción religiosa o social son los propios indígenas.

Estos planteamientos se *re-encuentran* con la *Pedagogía de la palabra*, en el momento en que se considera que el centro de todo trabajo educativo y social son los sujetos involucrados, donde su ser histórico los hace reflexionar y actuar para transformar las condiciones sociales de vida. Puede decirse que en la praxis teológica de la Diócesis de San Cristóbal y el planteamiento de Freire existe un puente de encuentro donde se perciben como si uno y el otro fueran parte de sí mismos. El obispo Samuel Ruíz García hace explícito su llamado a la pedagogía de Freire cuando, al exponer su definición sobre educación retoma textualmente las palabras de este importante pedagogo:

[...] la educación es un proceso comunitario y no individual ‘como bien decía Paulo Freire: nadie se educa solo, y más aún que nadie educa a nadie, que los seres humanos se educan en comunión. [Además] la educación debe ser un proceso liberador de los sujetos en comunidad. Por lo tanto, si queremos emprender una educación liberadora, ésta no puede realizarse desde cualquier lugar, ni desde cualquier posición interior. Porque al querer educar para la responsabilidad social, la justicia y la comprensión intercultural, se necesita algo más que buenas intenciones, buena voluntad y los mejores talentos intelectuales (Ruíz, 2005: 7-8).

---

<sup>124</sup> Precisamente CENAMI impulsa, por medio del área de Salud Comunitaria, los procesos que, grupos, organizaciones, comunidades y diócesis van construyendo para alcanzar los objetivos de su propio proyecto histórico (CENAMI. 2010. Página web, consultada en noviembre de 2010, disponible en: <http://cenami.org/> ).

Reflexión que hace un llamado a posibilitar una educación liberadora, una educación como práctica de la libertad que abre posibilidades de participación política. Y que, sin lugar a dudas, es una educación vivida y recreada por la diócesis en su caminar con los pueblos indígenas y campesinos de Chiapas. Educación que ha permitido la concienciación de los pueblos sobre su ser histórico-político, su ser creador de cultura, una cultura en la que está presente y se vive la palabra de Dios. Un proceder evangélico que va de la mano con el trabajo social y la lucha por la defensa de los derechos humanos.

El proceder teológico de la Diócesis de San Cristóbal descansa en el estudio y acompañamiento de la *Teología India* donde el sustento son los pueblos indígenas, el respeto a su cultura y su derecho de participación social. Teología que se construye a partir de la lógica conceptual sobre el modo de entender el mundo la cual, Don Samuel Ruiz considera que no puede ser sustento de la llamada *Teología de la Liberación*, como nos lo hace ver en su texto *Cómo me convirtieron los indígenas* publicado en 2003:

Quienes piensan que la *teología india* es una especie de sustento de la *teología de la liberación* destinado a las comunidades indígenas están descaminados. Lo que llamamos teología india parte en principio y ante todo de la reflexión de los indígenas. [...] La teología [...] no es un instrumento de trabajo que se aplica, sino el resultado final de una acción pastoral [no es lo primero sino lo último]. Lo primero es el compromiso pastoral; después viene la acción concreta que resulta de ese compromiso; y sólo en tercer lugar aparece la reflexión a partir de esas acciones, que es la teología: una reflexión a partir de la experiencia (García, 2003: 88-89) [subrayado mío].

Sin embargo, en este caminar teológico donde las CEB son centro y alimento de toda reflexión y construcción teológica, donde se vive un proceso liberador, un proceso de concienciación, donde los pueblos han alcanzado su conciencia crítica y se han admirado como sujetos histórico-políticos capaces de transformar las condiciones de vida manteniendo luchas y resistencias étnicas, es un proceso que se impulsó con acciones educativas ya sean con fines religiosos o sociales.

Ésta es una de las perspectivas teóricas con las que se cruza nuestro tema y sujeto de investigación en una complejidad de relaciones en espacio y tiempo.

Otro encuentro, más en el plano metodológico, es con el sistema modular donde el *sujeto histórico* se traduce como resultado de la formación al conformar éste una estructura



pedagógica que impulsa esa configuración. No podía ser de otra manera, ya que los fundamentos pedagógicos de este sistema se encuentran en la *Pedagogía de la palabra* y en la educación popular, sistema que también ha sido referencia de intervenciones educativas en salud de ONG's en nuestro país.

Para acercarnos al proceder metodológico del proceso de formación en salud tuvimos que apelar a la Didáctica, disciplina importante para la Pedagogía, la cual nos ayudó a mirar dicho proceder para intentar su comprensión. Entendiendo por ésta a la disciplina que orienta, metodológicamente, los procesos de enseñanza y aborda sus problemas, regula las relaciones que se establecen entre los sujetos, contenidos, espacios y tiempos pedagógicos construidos, es decir, tiene que ver con la forma en que se configura el proceso y los sujetos en formación.

El elemento central de la didáctica es la elaboración de una propuesta metodológica donde lo que importa es la configuración de los sujetos implicados en el proceso educativo (Díaz Barriga, 1997), así como lo que condiciona social, política, económica y culturalmente dicho proceso.

Mediante este análisis metodológico nos acercamos también a la visión social del proceso salud-enfermedad, la cual, se encuentra muy de la mano con el sistema modular. A su vez, nos permitimos conversar con los dispositivos pedagógicos que se utilizan para materializar el planteamiento y propuesta pedagógica de SADEC en la formación de trabajadores en salud. Dispositivos que dan cuenta, también, de una metodología y de un proceso de formación.

Así que ahora caminaremos al encuentro con: el sistema modular, la visión social del proceso salud-enfermedad y su materialización con los dispositivos y técnicas pedagógicas con las cuales se intenta un diálogo que posibilite su comprensión.

Así que acerquémonos a:

#### **4.1.2 El sistema modular y la visión social del proceso salud-enfermedad**

El sistema modular es un planteamiento pedagógico que, como ya mencionamos, ha sido referente de ONG's para intervenir en el campo de la educación en salud en zonas indígenas y campesinas de nuestro país, ejemplo de ello lo encontramos en la intervención educativa que se realizó en Veracruz (García Ramírez, 1990); en la Sierra Alta de Hidalgo (Matesanz, 1996); lo que realiza CENAMI en varios estados y con SADEC, desde su primer experiencia como PSCMC hasta su praxis educativa actual; sistema que les ha permitido sistematizar la enseñanza y organizar la formación del personal en salud comunitaria donde se encuentran implícitas formas de concebir el conocimiento, los sujetos, espacios y tiempos pedagógicos.

Con SADEC este sistema se fue configurando como estructura curricular y metodológica (didáctica) que, a través de módulos guía el proceso de formación de personal de salud comunitaria y autónoma; lo cual permite que promotores/as de salud, multiplicadores y parteras puedan insertarse en cualquier momento, ya que, al concebirse los módulos como unidades de aprendizaje o ejes temáticos independientes entre sí, que no dependen de un sistema gradual que condicione la trayectoria del personal de salud; permiten al personal insertarse en distintos momentos de su formación y prepararse en aquellos módulos que les hagan falta<sup>125</sup>.

A su vez, dichos módulos se constituyen como *herramientas prácticas de aplicación inmediata* (Heredia, 2007a), es decir, que con lo estudiado se pretende que el personal de salud pueda intervenir y resolver problemas locales de salud; que después de haber asistido a un curso el personal puede realizar su práctica médica, siempre con la convicción de que ésta debe realizarse con honestidad, reconociendo la capacidad de intervención y el trabajo en colaboración con el resto del personal de salud, principalmente

---

<sup>125</sup> Asunto que ensambla con la dinámica de formación en salud que se vive en zonas autónomas, pues, por condiciones sociales, económicas y por la propia construcción autonómica los cursos-taller se organizan según los tiempos disponibles de los sujetos involucrados (principalmente con multiplicadores de salud, parteras y personal de SADEC). Además por el constante nombramiento de nuevos promotores/as de salud autónomos.

con los de más experiencia; de ahí que uno de los principios de la educación autónoma sea el caminar preguntando.

Los elementos constantes de cada módulo son: iniciar el análisis de las enfermedades por el enfoque social partiendo de temas generadores que conlleven a su análisis y re-conocimiento de los determinantes biológicos, ello mediante un proceso gradual que acerca a los educandos y educadores al objeto de conocimiento. Proceso en el que se concibe al proceso salud-enfermedad como un reflejo de las condiciones sociales de vida. Posteriormente se estudian los aspectos epidemiológicos como un referente de la situación general y local, aspectos técnicos sobre el funcionamiento del cuerpo (anatomía y fisiología), manifestación de la enfermedad (sintomatología), cómo revisar al paciente, cómo hacer el diagnóstico, qué tratamiento y qué medicinas preventivas recomendar (Heredia, 2007a) tanto terapias de la medicina alópata como de la medicina tradicional.

Los módulos que se consideran en la Formación Básica para Promotores y Promotoras de Salud son ocho, a saber:

- ⊗ Módulo 1 Enfermedades de agua potable y servicios sanitarios.
- ⊗ Modulo 2. Enfermedades por falta de vivienda y ropa adecuada.
- ⊗ Módulo 3. Enfermedades por malas condiciones y exceso de trabajo.
- ⊗ Módulo 4. Enfermedades por falta de una alimentación adecuada.
- ⊗ Módulo 5. Enfermedades de la mujer y el hombre.
- ⊗ Módulo 6. Embarazo y parto.
- ⊗ Módulo 7. Enfermedades de la piel.
- ⊗ Módulo 8. Salud oral (ver Anexo 10, cuadro 4).

Posteriormente la formación se amplía con otros cursos como: herbolaria y masajes (técnicas de medicina tradicional); vacunación, detección de cáncer cérvico-uterino, nutrición; para una formación en cinco años aproximadamente –tiempo mínimo más la experiencia en la práctica médica para que un promotor de salud pueda integrarse como multiplicador/a-. Con las parteras los tres módulos para su formación se enfocan al embarazo, parto y puerperio, también se llevan a cabo algunas sesiones sobre temas que ellas soliciten (Anexo 10, cuadro 2).

En el caso de los multiplicadores, con ellos se trabajan los mismos módulos de formación para promotores/as de salud sólo que con mayor profundidad y, principalmente, sobre dudas que hayan surgido durante su práctica médica. Se trabajan los ejes de la Autonomía, el Género y el Derecho a la salud, así como, políticas públicas en salud, metodología educativa y aspectos técnicos de la salud. También se llevan a cabo cursos o sesiones que los responsables, coordinadores de salud o autoridades de zona y de las JBG hayan solicitado para la formación de su personal de salud autónoma.

La asociación estructura los cursos disponiendo del tiempo, espacio y contenido pedagógico que son determinados ya sea por el personal, los responsables y las autoridades de salud o por las comunidades.

SADEC retoma parte importante del sistema modular, el cual, de un espacio universitario donde se gestó, pasó a un espacio, tiempo y dinámica social donde la lucha y la construcción de la autonomía zapatista se vive día con día; donde pueblos y comunidades han pasado a ser sujetos de su propia historia, *sujetos histórico-políticos* a los cuales SADEC acompaña y quienes, a su vez, le permiten configurarse y permanecer como lo que es, una asociación civil que acompaña procesos de *autoatención, autogestión y autonomía en salud*.

Apropiarse de este planteamiento pedagógico ha posibilitado a la asociación crear una planeación curricular y didáctica que le permite al personal de salud formarse combinando teoría y práctica. Un proceder que estructura módulos, contenidos, estrategias de enseñanza y aprendizaje y un proceso de evaluación que condiciona la relación educando-educador y permite un encuentro entre los conocimientos médicos que se involucran y, a su vez, alimenta una forma de ejercer la práctica médica donde lo más importante son las comunidades y los pueblos. Una estructura pedagógica modular donde se considera importante a los sujetos formándose en espacios y tiempos pedagógicos contruidos por los involucrados.

La estructura modular encuentra cabida en el planteamiento pedagógico de SADEC debido a que, en primer lugar, fue la metodología con la que médicos egresados de las primeras generaciones de la UAM-X se acercaron al conocimiento médico e intervinieron

posteriormente en acciones educativas y, en segundo lugar, porque esta metodología pudo amalgamarse con lo que las comunidades y pueblos venían construyendo en el estado desde mediados de la década de los setenta hasta nuestros días: un proceso de concienciación crítica que les ha permitido concebirse como *sujetos histórico-políticos* que luchan social, política, económica y étnicamente por sus derechos fundamentales como ciudadanos y como pueblos. Metodología que pudo introducirse en contextos comunitarios, pues, al ser fundamentada con la *Pedagogía de la palabra*, le abrió camino y pudo colocarse y mantenerse como elemento estructurante del quehacer pedagógico de la asociación.

En el sistema modular se concibe a la educación como posibilidad de transformación social mediante procesos de formación que conllevan a la configuración de la conciencia crítica de los educandos y los educadores, donde el conocimiento se crea y se transforma, donde se pretende vincular la teoría con la práctica mediante una perspectiva de trabajo en la que se relaciona docencia, investigación y servicio -articulación que pretende dar funcionalidad al sistema modular de la UAM-X-. Sistema pedagógico que posibilita a los sujetos involucrados *ad-mirarse* como *sujetos histórico-políticos* que están con Otros y con el mundo para transformarlo.

El sistema modular, como ya se mencionó, nace como fundamento de la UAM unidad Xochimilco, un sistema que se perfiló en aquel entonces (a mediados de la década de los setenta) como un sistema educativo *innovador* en la educación superior. El cual consideramos se sustenta, en gran parte, en la pedagogía de Paulo Freire<sup>126</sup>, lo cual podemos ver en planteamientos como: las *unidades de aprendizaje* que para Freire (1981 [1967]) son los elementos que articulan el programa de formación y que son resultado de un proceso de investigación y planeación conjunta con los pueblos a quienes se acompaña en el proceso educativo; los cuales consideramos vendrían a constituirse en *módulos* para la UAM-X; el *objeto de conocimiento*, el cual puede transformarse por la intervención crítica de hombres y mujeres –que vendría a nombrarse como el *objeto de transformación* para el

---

<sup>126</sup> En el encuentro que se llevó a cabo la UAM-X en 2009, sobre sus XXXV años de experiencia modular, se mencionó que para su creación hubo que leer textos de pedagogía de Paulo Freire y que mucho de lo que plantea el sistema modular se encuentra sustentado en ese trabajo. Además, que esta propuesta educativa se amalgamó con otras perspectivas que aún dan funcionalidad al sistema modular tales como la perspectiva psicológica en educación: el constructivismo y el concepto de conocimiento de Jean Piaget, así como, la tecnología educativa (Pérez y Sancén, 2009).

sistema modular-. La palabra generadora o el tema generador que, como parte codificada de la existencia, estimula un proceso decodificador que permite el estudio de un objeto de conocimiento a través de su problematización –lo que vendría a denominarse en el sistema modular como *el problema eje-*.

En el sistema modular, como en el planteamiento de Freire los sujetos involucrados en el acto educativo se educan recíprocamente y el instrumento máximo es el diálogo y la comunicación horizontal, donde el profesor es quien coordina y guía las situaciones y contextos de aprendizaje y el alumno no recibe sino que busca y crea el conocimiento del cual él es su parte activa.

Es un sistema de formación donde el proceder didáctico acompaña el proceso de concienciación –cambio de la conciencia ingenua a la crítica-. Donde la *interdisciplina* es necesaria para la *de-construcción* del objeto de transformación –Freire planteó desde 1967 la necesidad de que varias disciplinas se relacionaran para acercarse a la comprensión de un objeto de conocimiento que, siendo éste una unidad codificada de la realidad, necesita de la relación de diferentes disciplinas para su descodificación y re-construcción-. Estos son planteamientos que dan funcionalidad al sistema modular y que, como vemos, son planteamientos pedagógicos que Freire vino construyendo en su *praxis* desde la década de los años sesenta y que, quienes sustentaron el sistema modular pudieron amalgamar en espacio y tiempo para formar a jóvenes universitarios<sup>127</sup>.

---

<sup>127</sup> Es como instrumentar la *Pedagogía de la palabra* a través del sistema modular, reflexión que nos provocó al leer paralelamente ambas propuestas pedagógicas y, si bien, esta consideración se realiza pensando en lo que fundamentó dicho sistema y no sobre lo que es actualmente en su permanencia en la UAM-X, ya que, algunos profesores involucrados mencionan que los módulos se han vuelto rígidos, con una seriación vertical, con lo que resulta imposible el intercambio entre estudiantes y profesores de otras carreras, departamentos y divisiones, impidiendo el logro del objetivo de la interdisciplinariedad y que, en ocasiones, es excesiva la dependencia del grupo con el profesor durante el trimestre (De la Peza, 2009: 121-130). Pero nosotros creemos que es necesario reconocer que egresados de la universidad, principalmente de las primeras generaciones, han desarrollado trabajos importantes en el ámbito de la salud comunitaria y que, por lo tanto, resulta interesante que quienes son parte de él se admiren interna y externamente a través de sus estudiantes en formación y de sus egresados para, con ello, reflexionar en torno al caminar metodológico, su relación con los propósitos educativos que le dieron origen y con el proceder actual de profesores, alumnos y académicos de la universidad, es decir, una reflexión pedagógica sobre la vigencia del sistema modular.

Pero más que querer explicar parte de lo que fundamenta al sistema modular, queremos de él retomar, como pieza importante, la consideración que se tiene sobre los sujetos que se forman, como sujetos creadores, transformadores de la realidad social que los condiciona; como sujetos que crean y recrean la historia, que intervienen, es decir, como *sujetos histórico-políticos*. Sistema que se vive en la formación de personal de salud comunitaria y autónoma y que alimenta también la formación de sujetos pedagógicos.

El planteamiento modular se configuró en la estructura pedagógica del proceso de formación en salud comunitaria y autónoma, con éste SADEC da seguridad a su quehacer pedagógico y ha aprendido a organizar y sistematizar la enseñanza, es decir, ha retomado y re-construido ese planteamiento como un *dispositivo pedagógico* que instrumenta la formación de personal en salud y que, junto con otros mecanismos, pretende la concreción del proceso pedagógico<sup>128</sup>.

Esta estructura pedagógica permite a la asociación acompañar el proceso del *conocer*, donde los saberes médicos institucionales se comparten y se construyen como resultados de su estudio práctico y teórico de manera organizada, donde los promotores/as de salud, parteras y multiplicadores aprenden lo estudiado por medio de comparaciones y de resultados, a través de la práctica y experiencia médica –a través del cuerpo-, lo cual permite ampliar su conocimiento médico. Acompañamiento gradual que permite acercarse al conocimiento crítico del proceso salud-enfermedad donde educando y educador se educan recíprocamente, donde el diálogo y respeto a la cultura de los involucrados instrumentan el proceso del conocer.

Parte importante de la estructura modular en educación en salud es abordar la problemática del proceso salud-enfermedad a través de sus condicionantes sociales, lo que permite, a través de temas generadores, ir graduando el estudio y análisis de dicho proceso, donde las enfermedades se estudian desde sus condiciones sociales y las determinaciones biológicas no se sitúan como punto de partida sino como complemento para su comprensión con lo que se abre mayor posibilidad de intervención médica.

---

<sup>128</sup> SADEC ha dispuesto y creado otros dispositivos pedagógicos de los cuales hablaremos en el siguiente sub-apartado.

La visión social del proceso salud-enfermedad acompaña el quehacer educativo de SADEC desde el momento en que se decidió que el concepto modular configurara su estructura metodológica.

[...] el diseño modular (de la UAM-X) como su visión social de la enfermedad, son elementos que nos dieron confianza para que la interacción entre médicos, promotores y parteras no fuera hacer un encuentro violento, que por el contrario se tuvieran elementos de sensibilidad que favorecieran la interacción y trabajo en equipo (Heredia, 2007a: 95).

Esta visión sobre el proceso salud-enfermedad venía desarrollándose como perspectiva crítica en el estudio de la medicina. Freire nos plantea que la historia condiciona a los sujetos –una historia donde las estructuras políticas, sociales, económicas y culturales condicionan el desarrollo y reproducción de la vida- y que, a su vez, son los sujetos quienes construyen esa historia. Mirar a la realidad como un tejido estructurante que condiciona el estar de los sujetos nos lleva a la necesidad de comprender las enfermedades desde sus determinantes sociales, además, porque ello posibilitaría caminos de intervención donde la prevención de la salud es más importante que el aspecto meramente curativo pero, más aún, es importante mirar ese proceso y la comprensión de las enfermedades a partir de otras formas de entender y relacionarse con el mundo, asunto emergente para generar otro tipo de relaciones sociales entre los sujetos involucrados en espacios y tiempos pedagógicos en marco de las luchas étnico-políticas y sociales.

Concebir el proceso salud-enfermedad desde los determinantes sociales ha sido parte de debates intelectuales, no sólo en el área médica sino también en la antropológica, la sociológica y la epistemológica. El estudio del proceso salud-enfermedad desde lo social implicó mirar el conocimiento médico desde sus elementos sociales, políticos y económicos y contribuir a una ruptura epistemológica; lo que ha llevado a entablar discusiones en torno al qué, cómo, para qué y por qué estudiar y ejercer medicina.

Menéndez (1985) nos explica parte de ese debate y nos aclara las aportaciones de la Antropología y de la Sociología, áreas del conocimiento con las cuales el campo médico se vio transformado. Este autor especifica las consideraciones que desde la antropología médica se retomaron para darle cierta importancia a los determinantes socio-culturales de las enfermedades, principalmente para esencializar la práctica médica tradicional y dejar claro



el tipo de intervención que “requería” la medicina institucional en las comunidades indígenas y campesinas para impulsar su “progreso”. “Aportaciones” que provocaron e instrumentaron políticas indigenistas donde se pretendió integrar al indígena al México “moderno”, siendo Aguirre Beltrán uno de sus exponentes y quien abrió camino a la Antropología Médica en nuestro país.

Con el desarrollo de la Sociología Médica en la década de los setenta, principalmente la parte crítica, se realizaron análisis sobre las determinaciones económico-políticas del proceso salud-enfermedad y de los sistemas de salud; análisis donde se retomaron elementos del marxismo con lo que se quiso explicar la relación entre clase y mortalidad, la salud laboral, la industria de la salud o las funciones del modelo médico “científico”; que pasaron a ser los nuevos “problemas” que implicaban la consideración de procesos económicos-políticos (Menéndez, 1985: 11-27) como condicionantes del proceso salud enfermedad.

Para Rojas (1990) el desarrollo de la Sociología Médica le permitió hacer análisis críticos sobre el proceso salud-enfermedad y sustentar todo su trabajo e investigaciones sociales. Este investigador pretendió dar razones sobre los determinantes socio-políticos y económicos del proceso salud-enfermedad con base en la perspectiva marxista y cómo esto se implica en el funcionamiento del sistema de salud mexicano y en la enseñanza de la medicina.

Los debates en la década de los setenta sobre el aspecto social, político, económico y cultural del proceso salud-enfermedad contribuyó a que durante el proceso de gestación y desarrollo del sistema modular se considerara abordar la enseñanza y el aprendizaje de la medicina también por sus determinantes sociales pero desde la perspectiva científicista del conocimiento, sin pensar en rupturas epistemológicas en relación con otras formas de construir y compartir el conocimiento.

Con esta discusión se pudo comprender que *“la forma como los grupos sociales producen y se reproducen (sus condiciones reales de vida y de trabajo), determina cómo y de qué se enferman, con qué gravedad y frecuencia, su esperanza de vida, el acceso oportuno y adecuado a los servicios médicos, y de qué mueren”* (Rojas, 1990: 17); lo que

llevó a tener claro que no son únicamente los factores patógenos internos del individuo lo que provoca la enfermedad y deteriora su salud, sino que la salud y la lucha contra la enfermedad no se consigue sólo con acciones médico-curativas sino se requiere del conocimiento preciso de la realidad social que influye directa o indirectamente en el proceso salud-enfermedad (Rojas, 1990: 38).

Reflexiones que circularon como contenido en la formación de médicos de la UAM-X, lo que llevó a que en su intervención médica se considerara estructurar una clasificación social de las enfermedades, la cual fue colocándose como guía de intervención y *temas generadores o ejes temáticos* en la estructuración curricular y didáctica en la formación de personal en salud comunitaria.

Temas que son abordados mediante *preguntas generadoras* que guían el análisis social, político, económico y biológico de las enfermedades. Tanto SADEC, como CENAMI y el método *Salud, conciencia y organización* retoman la clasificación social de las enfermedades y la re-construyen según su espacio, tiempo y contexto pedagógico (véase tabla comparativa Anexo 13).

El sistema modular, la *Teología India* y la educación popular de Freire forman parte del proceso pedagógico que camina SADEC en la formación de personal de salud en zonas autónomas, forman parte de su espíritu pedagógico, son parte intrínseca de su trabajo desde su aspecto filosófico, antropológico, pedagógico y político. Todos son planteamientos que estimulan la configuración del *sujeto histórico-político* y que se amalgaman en el quehacer educativo de nuestro sujeto de investigación.

SADEC intenta materializar y dar estructura a su planteamiento pedagógico (a los fines, los propósitos educativos, la problematización epistemológica, los contenidos, los espacios y tiempos pedagógicos y su visión sobre los sujetos involucrados en el acto educativo); mediante una estructura modular a través de cursos y talleres que significan más que una planeación pedagógica, una planeación organizativa y logística:

[...] desde qué vamos a comer, cuándo va a ser, cuándo va a ser la convocatoria, qué hora, qué tiempo, que cuántos llegan, quien se hace cargo de la comunidad de llegar a organizarse antes de la llegada de los cursos, antes de los participantes, de todo eso, no, quién hace el recibimiento, el

comité de salud, el compañero promotor de la comunidad y todo eso se tiene que hacer un mes, dos meses antes o cada final de cada curso [...] (Entrevista realizada a Fulgencio Díaz fundador, socio y coordinador actual del área de capacitación de SADEC, mayo 2010).

Metodología que, junto con otros dispositivos pedagógicos, materializa el proceso de formación de personal en salud comunitaria y autónoma, labor que ha sido resultado de la experiencia de años de trabajo y que serán centro de nuestro siguiente sub-apartado:

#### **4.1.2.1 Dispositivos pedagógicos**

Consideramos como dispositivo pedagógico a todo aquel mecanismo que posibilita la enseñanza y aprendizaje en el proceso educativo y que crea sentidos tanto sociales (en la práctica de lo estudiado) como pedagógicos (en el proceso formativo).

Para Medina (2007) éstos tienen que ver con un sentido de formación e intencionalidad donde se cumplen tres cometidos:

a) se constituye en un conocimiento y objeto de análisis de contenidos; b) en su capacidad de dispositivo-disponer, potencialmente es un analizador de prácticas; c) se configura en un espacio de transformación intencional o por lo menos de ubicación y visibilización de sentidos (Medina, 2007: 22).

Concepto que nos situó en la búsqueda de los dispositivos pedagógicos que dan sentido al quehacer médico-pedagógico de SADEC, a los contenidos que maneja, a los espacios y tiempos que construye y a los sujetos y prácticas que configura.

Consideramos al *currículo modular* como dispositivo pedagógico pues éste materializa un proceso de formación que, siendo la estructura y guía metodológica, permite al personal de salud formarse e involucrarse en una construcción epistemológica donde encuentran cabida los conocimientos médicos institucionales y los conocimientos médicos tradicionales. Esta estructura curricular da sentido al quehacer médico, organizativo y educativo de aquellos que con ella trabajan y en ella se forman, permite el análisis de contenidos –conocimientos- y estructura una práctica médica y educativa.

La estructura modular permite llevar a cabo el plan de trabajo en el que se inserta y permite estructurar pedagógicamente el proceder médico y educativo de la asociación, el cual se desarrolla en tres etapas: Formación, Consolidación y Proyección, donde se cruzan

en todo momento los elementos: Atención Médica, Capacitación y Organización en salud y que son regulados por ejes que marcan el proceder ético: Género, Autonomía, Derecho a la Salud, Continuidad, Identidad y Participación Comunitaria<sup>129</sup> (ver Anexo 10, cuadro 6).

En cada etapa se articulan los tres elementos: Atención Médica, Capacitación y Organización en salud todos ellos complementando la formación del personal de salud. Los módulos al considerarse como herramientas de aplicación inmediata, proporcionan a los educandos la posibilidad de intervenir médica o educativamente desde lo estudiado complementándose, así la teoría con la práctica; es decir, la teoría con su aspecto de experiencia corporal que se vive al intervenir en la resolución de problemas locales de salud; una intervención que es acompañada por el los MPSS, enfermeras y estomatólogos/as para aclarar cualquier duda o profundizar en algún tema de salud.

Todo ello, a su vez, regulado por aspectos que marcan el proceder ético donde aspectos como la Autonomía, Continuidad, Identidad, Participación comunitaria, Derecho a la salud y Género han delineado el proceder ético acorde con las problemática social, política, económica y cultural contemporánea.

Una estructura y metodología para intervenir en salud y educación donde lo fundamental es que las comunidades dirijan y controlen su sistema de salud, siendo la columna vertebral de la labor la educación en salud, donde la formación y el trabajo del personal en salud comunitaria y autónoma pasa a ser centro de cada etapa del plan de trabajo. Actualmente, como ya lo mencionamos en otros momentos, el trabajo educativo de la asociación se centra con los multiplicadores de salud y en el acompañamiento y complementación de la formación del personal de salud que realiza servicio social con SADEC.

Los módulos para la formación del personal en salud se organizan de acuerdo a la clasificación social de las enfermedades endémicas de la región y se acompañan con una programación didáctica que SADEC materializa como un mecanismo organizador del

---

<sup>129</sup> Los tres primeros de estos ejes han pasado a ser parte de los contenidos con los que se forma a los multiplicadores de salud. Además de la formación en políticas públicas en salud, metodología educativa, aspectos técnicos de la salud y pueblos originarios.

proceso de enseñanza-aprendizaje: la *carta descriptiva*, la cual, al igual que la metodología modular, fue retomada de la práctica educativa –y de materialización didáctica- de profesores de la UAM-X y de ONG's que la usaron para estructurar sus cursos (es usada también por CENAMI). Sólo que la asociación la ha apropiado y *re-configurado* como un *dispositivo de enseñanza* que le permite guiar la formación del personal en salud comunitaria y autónoma, la cual ha compartido con los multiplicadores/as de salud para que ellos y ellas estructuren y organicen sus propias sesiones:

[...] ese modelo que aprendimos [la carta descriptiva], esa herramienta que aprendimos en [...] un terreno concreto, específico, en una realidad puntual, con problemas de salud, con una población marginada nosotros optamos por abrir esa herramienta y por pasarla [...] por ponerla al servicio de la población [...] (Entrevista realizada a Joel Heredia, fundador y socio actual de SADEC junio 2010).

Se conoce que la carta descriptiva fue un mecanismo “innovador” de instrumentación didáctica en la década de los setenta en nuestro país, el cual llegó a ser muy usado por los/las docentes en el sistema educativo mexicano y que actualmente es usada para organizar procesos de enseñanza y aprendizaje.

En educación superior se utilizó, por ejemplo, en la programación didáctica de los módulos de la UAM-X, lo que nos lleva a reflexionar que, siendo un mecanismo que no estuvo acorde con los propósitos y fines con que se creó esa universidad; es como se percibe la emergencia pedagógica de que en cualquier proyecto pedagógico se articulen tanto el fundamento que lo sustenta y su materialidad concreta (en planes y programas de estudio como es su ejercicio cotidiano y organización de sesiones), ya que, el sistema modular al surgir como una propuesta de educación crítica e “innovadora” en educación superior se materializó en las aulas con un dispositivo que niega tal propuesta, pues, el uso de la carta descriptiva tal y como la propone la Tecnología Educativa desarticuló los conceptos de sociedad, conocimiento, espacios, tiempos y sujetos que el sistema modular pretendió impulsar, pues, en ese planteamiento pedagógico la sociedad y el conocimiento son estáticos, no se construyen y, por tanto, no alimenta la configuración de *sujetos históricos* capaces de transformar la realidad.

La carta descriptiva surge con la Tecnología Educativa como una instrumentación didáctica que se mostraba, para los años setenta, como una “innovación” en contraposición

a la educación tradicional –tal vez de ahí se deba su uso en el sistema modular y al concepto que, sobre didáctica, pudo manejarse: como una didáctica instrumental y técnica-. Surge con una corriente educativa que marca la importancia en los aprendizajes y no en el contenido de enseñanza, donde el aprendizaje es considerado como cambio de conductas las cuales pueden ser observables y medibles –siendo su fundamento la psicología experimental del Conductismo-; donde el profesor pasa a ser ejecutor de planes y programas –y no creador y crítico de éstos- y se retoma a la evaluación como sinónimo de medición, de ahí el auge de utilizar pruebas estandarizadas para medir los aprendizajes y el conocimiento.

SADEC se apropia y re-constituye el uso de la carta descriptiva la cual emplea como dispositivo de enseñanza permitiéndolo organizar los cursos y talleres; donde los objetivos no se ubican como centro y fin sino como una guía de actividades a seguir, tanto para educadores como para educandos, donde se especifican temas, tiempos, responsabilidades y materiales para organizar el acto educativo y el proceso del conocer. La utiliza como una guía programática flexible debido a todos los elementos condicionantes en el momento de la acción educativa<sup>130</sup>.

Para Díaz Barriga el uso mecánico de este dispositivo (considerado por él como instrumento) hace rígidas las relaciones entre las actividades de aprendizaje, el contenido, las técnicas y los recursos educativos donde el aprendizaje –y la enseñanza-equivale a repetir actividades y no a un proceso (Véase Díaz Barriga, 1997)<sup>131</sup>. Para SADEC ese dispositivo se vive de distinta manera, es un mecanismo flexible que permite sólo guiar las sesiones pero, que sin lugar a dudas, no rige la práctica pedagógica, es una parte mínima de un proceso complejo.

Otro de los dispositivos que SADEC ha considerado para su acción pedagógica ha sido *el diálogo*, el cual, siendo un mecanismo social de mediación ha pasado al ámbito educativo como elemento equilibrador de la práctica médica y educativa de la asociación el

---

<sup>130</sup> Véase Anexo 14 como ejemplo del uso de la carta descriptiva.

<sup>131</sup> Asunto que nos permite considerar que, si bien, este dispositivo se *in-corporó* -se hizo cuerpo- al quehacer educativo de SADEC con la intención de orientar la programación didáctica habría que hacer un alto que provoque la reflexión del uso concreto de dicho dispositivo, y de cómo éste se usa en la planeación de los cursos-taller que llevan a cabo los multiplicadores/as de salud en zonas autónomas.

cual implica escucharse entre sujetos. La asociación manifestó su uso en el trabajo con las parteras comunitarias principalmente en su relación con los MPSS:

[...] si yo estoy trabajando con una partera el inicio de todo esto es un *diálogo*, es lo que siempre les planteamos a los médicos; ustedes están llegando a la comunidad, llegan están un año se van y llegan otros, están llegando y hay que acercarse a las parteras y el punto es un diálogo. El trabajo tiene que ver por lo menos con dos cosas, uno con que en el momento de un problema se comuniquen, se avisen, se pidan apoyo y, dos con que se den un chance de revisar cómo va el trabajo; [...] cómo les ha ido, cuántos partos han atendido, cuántas pacientes tiene en control, cómo las están llevando y ahí es riquísimo porque es cosa que empiece una y no las paras, empiezan a hablar, hablar, hablar entonces, decir cómo les fue; aquí lo que pedimos al médico es que vaya llevando un orden o si acaban de atender partos y fue muy importante lo que pasó, entonces hay que hablar sobre la atención del parto. [...] Entonces es un diálogo pues, es un *diálogo responsable* en el sentido de no desestimar y estimar lo que yo sé y es más a lo que tú sabes. Y en el sentido de ubicar, que en la medida que pongamos los elementos de razón o de razones porque hay muchas, pues cada quien tendrá la capacidad de integrar eso como su responsabilidad, entonces, así como lo ponemos y le decimos a la partera pues mire creo que esto, y también dicen ellas -no doctor no lo mandes a cesárea dale la vuelta mira así se hace. ¡Hay! Y me lo dicen y me lo dicen, es mi responsabilidad si hago la maniobra o no, entonces, me siento con la habilidad con lo que yo aprendí si debo hacerlo o no, tengo miedo no quiero incursionar en ese terreno, yo tengo mis razones y no son las únicas, son las mías yo decido esto igual que ellas (Entrevista realizada a Joel Heredia, fundador y actual socio de SADEC, mayo 2010) [subrayado mío].

Un *diálogo responsable* que permite a los involucrados aprender en todo momento o enseñar cuando sea necesario y que se ha convertido en un dispositivo pedagógico que guía el proceso de formación en salud; a su vez, de ser el mecanismo que permite la permanencia de la asociación en comunidades autónomas.

Otro dispositivo pedagógico para el trabajo con parteras ha sido *el relato*, que junto con el diálogo materializan la formación. El relato es un dispositivo social con el cual se han compartido conocimientos de generación en generación y ha mantenido la permanencia y reproducción de la comunidad. Dispositivo que ha pasado al ámbito pedagógico debido a la formación propia de las parteras, quienes van formándose de la mano y en acompañamiento de otras parteras de su comunidad. El relato se usa pedagógicamente como un mecanismo para acercarse al conocimiento, a través de éste se guía a las parteras, primero, para reconocer su práctica médica y compartir sus experiencias y, segundo, para guiar el proceso educativo hacia el acercamiento con los conocimientos médicos institucionales a través de comparaciones, descripciones y análisis de la práctica de la partería; para así *ad-mirar* lo que es común y diferente y, de ello, lo que puede dañar a la

mujer gestante y a su bebé tanto de la perspectiva de la medicina institucional como de la medicina tradicional.

A través del *relato* SADEC intenta guiar el proceso educativo con las parteras comunitarias y complementarlo con estrategias de enseñanza y aprendizaje como son: las preguntas generadoras, el trabajo en equipos, la exposición dialogada, la lectura del manual materno infantil y el trabajo gráfico; con técnicas como: lluvia de ideas, sociodramas, panel y juegos; y herramientas educativas como los rompecabezas, las filminas, el equipo médico, el modelo anatómico de atención al parto así como un equipo de escenificación; todo ello para caminar hacia los conocimientos médicos que se quieren compartir.

El relato como dispositivo pedagógico brinda sentido a la práctica educativa y médica de la asociación, pues, a la vez que permite trabajar con las parteras que no saben leer y escribir, se abre con él la posibilidad de compartir experiencias y conocimientos de una práctica médica común: la partería.

En cuanto la metodología para trabajar con las parteras, fue diferente pues debíamos de adaptarnos al hecho de que la mayoría no sabían leer ni escribir. [...] Un elemento central fue el relato, invitando a que cada una nos hablara de sus experiencias.

Este fue el camino a seguir en los diferentes cursos, permitirles hablar, escucharles y retomar sus experiencias como puntos de referencia y fue la clave para entrar en los diferentes temas. El apoyo didáctico fue a través de dibujos, láminas y material audiovisual (diapositivas y audiocassetes) (Heredia, 2007a: 85).

Otro de los dispositivos que la asociación va retomando y reconfigurando en su quehacer pedagógico es *la traducción conceptual del contenido*, ésta se realiza en torno al contenido de cada módulo, por un lado se realiza la traducción del lenguaje técnico-médico a un lenguaje sencillo y contextual del español y, por otro, se hace la traducción del español a las lenguas de la región (tzeltal, tzotzil o chol), ello de forma oral durante cada sesión. La asociación busca que los traductores sean promotores/as de salud o multiplicadores, personas que ya tienen la experiencia en la práctica médica y que pueden traducir en su lengua, pues, para los propósitos educativos de la asociación y de las comunidades es una de las maneras en que materializan su lucha y movimiento étnico-político del que son parte, el proyecto autónomo indígena zapatista:



[...] nos pidieron que los cursos fueran en lengua y prácticamente los cursos aumentaron de tiempo, tuvimos que interactuar con promotores bilingües. Inicialmente nos tocaba que nos asignaran un traductor que no era promotor de salud y, bueno, fue muy fácil también ponernos de acuerdo con ellos [las comunidades] y decirles que no, que no es una traducción literal sino una traducción conceptual y que para eso era mejor con promotores de salud. [...] los cursos se fueron en esa lógica, de ir dando temas con la participación de traductores; el tiempo se nos doblaba, pensamos en algún momento en hacerlos en la lengua originaria pero nos enfrentamos a muchos [problemas] no pudimos, de hecho todavía lo tenemos en mente, la idea de traducir este libro [el manual] y estos módulos por lo menos a tres lenguas: tzotzil, ch'ol y tzeltal; pero nos enfrentamos a problemas que no pudimos resolver como lo es un apoyo lingüístico, de gente que conoce. [También] nos enfrentamos al problema de que muchos de los promotores no saben leer en la lengua (Entrevista realizada a Joel Heredia, fundador y actual socio de SADEC, mayo 2010).

Traducción conceptual que permite la comunicación y el diálogo con el personal de salud y permite que los involucrados retomen lo necesario para realizar su práctica médica.

Con respecto al manual para promotores/as de salud llamado *Construyendo la salud* que SADEC fue configurando a lo largo de su intervención educativa el cual resulta importante como dispositivo pedagógico porque en sí mismo puede acercar, de manera gradual, al conocimiento de las enfermedades que son comunes de la región, iniciando con el análisis social y continuando con los determinantes biológicos y elementos técnicos de la terapia clínica: síntomas, diagnóstico, tratamiento y prevención. Este libro se acompaña con un lenguaje sencillo y común de la región, con imágenes y gráficos tanto a color como en blanco y negro, y está estructurado de acuerdo a los ocho módulos para la formación básica de promotores/as de salud<sup>132</sup>. En este manual se intenta que lo escrito permita el entendimiento de los contenidos y puedan ser escuchados conceptos, descripciones, comparaciones, explicaciones, métodos de diagnóstico y especificaciones terapéuticas y clínicas sobre las enfermedades y sus causas sociales; así como admirar esquemas y fotografías que ejemplifican las enfermedades; todo ello con un lenguaje sencillo.

Dicho manual no necesariamente es base para la formación de los promotores de salud –como si fuera este un libro de texto- sino que es complemento para dicho proceso. SADEC distribuye ese manual con los multiplicadores de salud autónoma quienes, a su vez, lo hacen llegar a los promotores/as de salud de su zona.

---

<sup>132</sup> Es uno de los libros que no falta en Clínicas Autónomas de la zona Selva, como lo es también el libro *Donde no hay doctor, Donde no hay doctor para mujeres; Buscando remedio, el libro de parteras y Aprendiendo a promover la salud*.

Otro dispositivo pedagógico que desarrolla el proceso de enseñanza y aprendizaje son los *casos problema* que, como exámenes escritos, son estructurados con un lenguaje sencillo y claro y con ellos se intenta que los multiplicadores combinen la teoría y la práctica; ello para resolver problemas donde se haga uso de ambos aspectos. Además que, en él se ejercitan sus habilidades prácticas en el manejo del material bibliográfico y equipo médico disponible para resolverlo.

Los exámenes se han convertido en un mecanismo de autoevaluación donde cada multiplicador percibe sus avances, dónde debe trabajar y estudiar más, pero también se han convertido en una forma de medir el conocimiento individual, además de que sintetiza lo que el profesor (formador) necesita saber del alumno para, con ello, juzgar y determinar el destino social (y escolar) de los educandos (Valera, 2001). Por ello, consideramos que esta parte de la evaluación pueda pensarse y realizarse de distinta manera, no precisamente como exámenes, los cuales vienen de una tradición escolarizada en la que con ellos se pretende medir el conocimiento, y ¿los conocimientos y saberes que poseen las comunidades pueden medirse? Se propone que *los casos problema* no midan el desarrollo individual del personal de salud sino que provoquen problemáticas que puedan resolverse en conjunto, en colectivo, retomando la experiencia y conocimientos médicos de todos los involucrados, además, porque es un mecanismo que el personal de salud autónoma retoma en su práctica cotidiana (preguntar a los compañeros de más experiencia y resolver los problemas médicos en colectivo). Esto lo confirma Lenkersdorf (2005) al explicarnos cómo los pueblos tojolabales resuelven sus problemas de manera comunitaria y no individual.

Dispositivos pedagógicos que no son aislados sino que, además de materializar los propósitos, los contenidos, las estrategias de enseñanza y aprendizaje y la evaluación en tiempos y espacios pedagógicos, alimentan el reconocimiento de los involucrados en el acto educativo como *sujetos históricos* capaces de transformar la realidad y de tomar en sus manos, dirigir y construir un sistema de salud distinto al que el Estado mexicano instrumenta con su escasa o nula capacidad de cobertura y servicio.

Dispositivos, estrategias y técnicas pedagógicas que permiten caminar y aprender durante el proceso de formación de personal de salud comunitaria y autónoma, donde lo

importante son los pueblos y comunidades que se involucran en la construcción de su sistema de salud. Elementos pedagógicos que materializan, desde la educación en salud, un proyecto de vida echado andar: la Autonomía Zapatista.

Donde resultan importantes los conocimientos médicos que se enseñan y se aprenden, por ello ahora nos trasladaremos a ese encuentro o desencuentro que SADEC alimenta en su intervención educativa y médica con organizaciones y comunidades indígenas y campesinas.

## **Encuentro con la medicina tradicional indígena**

*Los indígenas mantienen una visión holística del cuerpo humano y sus funciones.  
Por eso, el ejercicio de la medicina entre los indígenas no es visto como negocio.  
Para la curación se recurre a la medicina herbolaria indígena ancestral,  
que cura sin producir efectos secundarios.  
Aunque sin excluir la medicina alópata y sus fármacos, pues depende de los casos,  
si se les considera útiles y necesarias se recurre a ellas<sup>133</sup>.*

Modos de vida que dan cuenta del *estar-siendo* de los pueblos, de sus conocimientos (ciencia y sabiduría) que dan sentido al mundo y nos enseñan modos de comprender la vida, que desde la visión indígena es un entorno que se respeta, que siente y que no puede entenderse y explicarse por medio de sus partes sino a través de la totalidad que le da sentido. Modos de vida que nuestros pueblos indígenas contemporáneos nos comparten y que, muchas veces, nos negamos a escuchar, reconocer y respetar.

En cualquier praxis educativa se encuentran implicados conocimientos y saberes –cosmovisiones- de los sujetos que intervienen en el proceso educativo, de los cuales, sólo algunos son considerados en la planeación y programación pedagógica, tanto en su contenido como en su metodología.

Lo que nos traduce una lógica científicista donde sólo un conocimiento es medida sobre otro, donde con parámetros de “cientificidad” se excluyen otras maneras de entender y explicar el mundo incluso no se considera nombrar esos modos de entender la vida como

---

<sup>133</sup> Mendoza, V. (2010) *Teología india y movimientos antisistémicos*, p. 155.

conocimientos. Lo que en la práctica educativa puede llevar a prácticas autoritarias al no reconocer otro conocimiento y otro saber –como el indígena tradicional- como elemento importante con que se pueda estructurar la planeación curricular y la programación pedagógica.

Lógica científicista que sólo permite que aquellos conocimientos que se sustentan o justifican científica y objetivamente -desde la exaltación de la ciencia como patrón de medida con respecto a cualquier otra forma de acceso a la realidad- sean el cuerpo de planes y programas de estudio. Lo que lleva a ignorar las vías de comprensión personal del sentido del mundo y de la vida –la sabiduría- que no pueden, por principio, reducirse a un saber objetivo (Villoro, 2002). Pretensión científicista que encierra el desdén y la arrogancia de quienes hacen de la ciencia, no un medio con el cual comprender y explicarse el mundo, sino el fin de la existencia.

El científicismo contemporáneo es hermano de la actitud de desdeñosa arrogancia con que el ‘civilizado’ contempla las creencias de los grupos humanos que no han accedido a determinado nivel de desarrollo técnico. El desprecio por las actitudes religiosas, por las morales particulares, por las ricas formas de sabiduría personal que no pretenden competir con la ciencia, es una forma de intolerancia que, no por ejercerse en nombre del conocimiento objetivo, deja de utilizarse como un arma de violencia y de dominio. La expansión colonial de Occidente ha sojuzgado pueblos enteros, destruyendo sus culturas, con la pretendida justificación de introducirlos a la ciencia y a la técnica moderna (Villoro, 2002: 295).

Visión científicista en crisis ante la emergencia de movimientos étnico-políticos que reclaman y reconstruyen otro mundo posible, donde son sujetos y no objetos de la historia; donde precisamente coexisten interrelacionados modos distintos de entender el mundo y que se hacen presentes en tiempo y forma para reproducir y desarrollar la vida en pueblos y comunidades. Por tanto, es necesaria una ruptura epistemológica y ética, para estar dispuestos a aprender y compartir con Otros conocimientos, saberes y modos de entender el mundo para, con ello, caminar y construir los mundos posibles donde la vida sea lo más importante.

Conocimientos tradicionales y conocimientos institucionales que requieren mirarse, escucharse y reconocerse como formas distintas de entender y explicar el mundo y que

puedan y deban ser parte de la planeación pedagógica y curricular como contenidos y metodologías de construcción de conocimiento.

En esas maneras de entender el mundo existen métodos propios que guían el acto de conocer y que corresponden a la estructura de cada cultura. Por un lado, existe un modo de conocer que exige la relación sujeto cognoscente y objeto de conocimiento, donde es necesario desmenuzar, fragmentar dicho objeto para conocerlo, analizarlo, comprenderlo, explicarlo e intervenir en su modificación. Por otro lado, encontramos que pueblos construyen su conocimiento a partir de la aproximación que hacen, no a la cosa u objeto del conocimiento sino a otro sujeto con el que se camina para comprenderse, un sujeto que se entiende en sus múltiples relaciones a partir del todo, del conjunto, donde todo tiene corazón, donde todo vive y, por tanto, todo se respeta.

SADEC en su quehacer pedagógico implica conocimientos médicos tanto de la visión de la medicina institucional como de la medicina tradicional indígena, así como sus modos propios de guiar el acto de conocer, lo cual da como resultado una relación compleja que se vive, se re-crea y se materializa en conceptos, ideales y modos de acercarse al conocimiento de quienes acompañan la formación de personal en salud de algunos MAREZ de la zona autónoma<sup>134</sup>. También haciéndose presente en quienes ejercen su cargo comunitario con la responsabilidad comunitaria otorgada: los promotores/as de salud y multiplicadores/as de salud.

El cómo se relacionan esos conocimientos es la parte central de esta segunda parte del capítulo en la que nos permitimos una reflexión pedagógica y epistemológica en torno a los conocimientos y metodologías que guían el acto del conocer.

El quehacer pedagógico de la asociación nos posibilita la reflexión, la cual se hace necesaria e interpela nuestra propia práctica educativa. Caminaremos hacia ello escuchando y *ad-mirando* entrevistas, observaciones de campo y acercándonos a lo que se encuentra

---

<sup>134</sup> Saúl, Fulgencio y Joel Heredia son esas personas que viven la relación compleja entre esos conocimientos, por un lado la formación en medicina institucional recibida y por otro, la formación que el vivir, existir en comunidad, la propia tradición familiar y el pueblo han dejado huella y caminos de sabiduría que configura el quehacer pedagógico de la asociación.

escrito como testimonio del quehacer médico-pedagógico de SADEC para, así, construir este intento.

#### **4.2 ¿Encuentro o desencuentro entre los Conocimientos Médicos? ¿Hacia un diálogo?**

El modo en cómo se enseña o se aprende un conocimiento, la manera de aproximarse a él depende de los conceptos que sobre ciencia, conocimiento, enseñanza, aprendizaje, contenido, sociedad y sobre hombre –y mujer- tienen los sujetos que pretenden guiar procesos de formación donde se configuran prácticas sociales en tiempos y espacios pedagógicos.

La asociación nos muestra, en su quehacer médico-pedagógico, el camino que fue y está construyendo para aproximar al personal de salud autónoma a conocimientos médicos donde, a través de módulos, se intenta articular teoría y práctica -dos formas que se necesitan dialécticamente para crear conocimiento- permitiendo al personal de salud acercarse a temas-contenido, cuestionarlos, complementarlos, enriquecerlos, transfórmalos y *re-significarlos* en el ejercicio de su cargo<sup>135</sup>.

Una intervención en el desarrollo del acto de conocer donde se involucran, en su complejidad, formas y métodos para acercarse al conocimiento tanto desde la visión moderna-occidental como de la visión tradicional indígena, es decir, desde la relación compleja entre las diferentes cosmovisiones de los sujetos histórico-políticos implicados.

En el proceso de formación de promotores/as de salud, parteras y multiplicadores que sistematiza SADEC, el conocimiento médico se comparte, se recrea y da posibilidad para cuestionar el saber y práctica médica institucional, tomando de ella lo únicamente necesario para ejercer una práctica médica comunitaria y autónoma.

---

<sup>135</sup> Proceder que le permite colocarse congruentemente con los modos en que la *Organización* (EZLN) aproxima a sus miembros a los *conocimientos necesarios* para la lucha y resistencia étnico-política; a través de principios como el *aprender-haciendo*, *aprender-preguntando* y *aprender con el ejemplo* (Sobre los principios que guían el proceder del EZLN en la construcción autonómica véase Muñoz, 2003; Baronnet, 2009).

En el proceso de formación en salud son interpelados tanto el proceder médico institucional como el saber de la medicina alópata, “científica” o hegemónica, así como también se cuestionan algunas prácticas médicas tradicionales.

Los promotores/as de salud, multiplicadores y parteras retoman, de los conocimientos y la práctica médica institucional, los *conocimientos necesarios* que posibiliten la reproducción de la vida en las comunidades.

Intentaremos entrar en la compleja relación que se establece entre los conocimientos médicos implicados en el proceso de formación de personal en salud comunitaria y autónoma. Iniciando con la manera en cómo la asociación percibe el cuerpo, pues es, con ello como podremos distinguir las distintas formas en que se entiende y vive la corporalidad humana a partir de las cosmovisiones y sujetos histórico-políticos implicados.

Heredia, médico fundador de SADEC, formado en la UAM-X como médico general cuya intervención en educación en salud ha sido parte de su práctica profesional, explica que durante la formación de promotores/as de salud del PSCMC, en el momento de estudiar anatomía y fisiología humana los promotores/as en formación concebían *“la dimensión corporal y su interior [...] de manera diversa y poco cercana a la realidad”*; y que por ello se apoyaron en *“la disección de animales como gallinas y cerdos para conocer más de cerca aspectos como el aparato respiratorio, digestivo, vísceras, etc.”* (Heredia, 2007a: 77).

Un proceder que, sin lugar a dudas, camina desde los referentes propios de quienes dirigen procesos de formación en salud y que es condición y resultado de su historia personal, escolar, colectiva y socio-cultural.

Expresión del médico donde manifiesta su percepción sobre el acto de conocer – fragmentar para entender, explicar y analizar-, donde se percibe al sujeto que conoce y el objeto del conocimiento –pues se manipula- en este caso los animales cuya disección permitió “reconocer” los sistemas que integran el cuerpo humano desde la visión de la medicina institucional.

Por otro lado, *Coni*, asesora y colaboradora del entonces PSCMC y, por algunos años, de SADEC, también nos muestra su percepción sobre los conocimientos tradicionales indígenas durante su participación como formadora de parteras comunitarias donde el trabajo en torno el cuerpo humano, los modos de conceptualización y explicación estuvieron presentes:

El proceso de capacitación [de las parteras] inicio con la elaboración de un perfil de acuerdo con los resultados de una encuesta aplicada en la región sobre *las costumbres en la atención del parto*. Según esta encuesta se definieron los primeros aspectos que se abordarían en la capacitación: situación de la zona en cuanto la atención de parto, mortalidad materna, *mitos y creencias alrededor del parto*, la *anatomía y fisiología básicas de la mujer y el hombre*, *conceptos tradicionales y médicos de la atención del parto*, problemas sencillos del embarazo, atención del parto (*intercambio de experiencias, técnicas*, otros), atención del recién nacido, lactancia materna, puerperio (López Silva, 1999: 52) [subrayado mío].

Vemos cómo ella parte de los conocimientos propios –culturales- de las parteras – nombrados como costumbres, mitos y creencias- para guiar al conocimiento de otra forma de entender el cuerpo (a través de sus sistemas y sus partes, de igual manera en como los médicos/as aprenden medicina), aunque el proceder de los asesores/as abre la posibilidad de que esos conocimientos puedan ser cuestionados a partir de su costo-beneficio a corto y largo plazo<sup>136</sup>, según las necesidades de los pueblos u organizaciones indígenas principalmente en lo que corresponde a la mortalidad materno-infantil.

Expresión que habla de un proceder epistemológico donde se parte de la visión medica institucional para comparar y, desde ahí, pretender dar cuenta de conocimientos y saberes ajenos y desconocidos para los asesores médicos –se parte de lo que uno cree conocer-. A los pueblos indígenas –y a sus conocimientos- se les ha calificado con designios coloniales como *gente de costumbre* diferenciándola de los pueblos no indígenas (mestizos y blancos) a quienes se les considera como *gente de razón* (Bartolomé, 2006).

Aunque se pretendan acciones donde exista el reconocimiento cultural del Otro/a como sujeto social, histórico y político, y que las experiencias, saberes y conocimientos

---

<sup>136</sup> El haberse formado en el sistema modular de la UAM-X da bases a las y los médicos para que desarrollen su profesión con bases éticas donde el respeto al contexto socio-cultural de los sujetos con quienes se involucran es fundamental, aunque, mantengan la forma en cómo ellos y ellas se acercan al conocimiento y ésta sea transmitida al intervenir en actividades educativas.



puedan compartirse, intercambiarse; resulta difícil romper con estructuras epistemológicas re-significadas en individuos formados en instituciones de educación superior donde el proceder epistemológico está sustentado en la visión occidental-moderna (sea esta crítica o no).

Fulgencio Díaz, de pueblo zoque, promotor/multiplicador voluntario reconocido por su comunidad, formado en salud comunitaria desde el PSCMC y actual coordinador de capacitación de SADEC en entrevista mencionó que con respecto a la enseñanza de la anatomía con parteras comunitarias:

[...] con las compañeras es revisar lo que significa embarazo y parto normal, también *se revisan con más detalle lo que es la anatomía porque a veces hay confusiones* ahí, la anatomía y luego los problemas de embarazo normal, qué hacer y ahí se va lento no, qué has hecho tú aquí, la experiencia de cada quien [...]. Con ellas hacemos un repaso pero, generalmente como muchas veces *desde las comunidades cuesta hablarlo* hemos usado, por ejemplo, dos siluetas y nosotros le llamamos ‘fantasma’ y según inventamos el cuento de que en la comunidad nos pidieron que tenemos que identificar qué es ese fantasma, no sabemos si es hombre o es mujer y, bueno, la cosa es ponerle lo que cada quien cree y qué cosa es [...] para empezar que se suelten, desde que se le pinta de todo a la mujer y de todo al hombre menos la diferencia y, hasta por último se hace la diferencia y, entonces, así *se abre el tema cómo es el aparato reproductor, cómo se le llama en el español y luego cómo le llaman ellas* [...] *a veces ni nombre hay en la propia lengua pero ya está diferenciado o se refiere a lo que se entiende*, al nombre que se le está diciendo en español, pero más bien, *como una explicación de qué es* y eso es lo que se va haciendo. *Luego se van diciendo las particularidades* y, así, luego se repasa otra vez con un dibujo el aparato reproductor pero ahora poniéndole nombre, que las que saben escribir que le pongan nombre y para las que no saben leer y escribir trabajen juntas con las que saben escribir y ya entre dos se hace o entre tres y, así, se va viendo cómo es cada grupo; esa es la parte digamos teórica (Entrevista realizada a Fulgencio Díaz, mayo 2010) [subrayado mío].

Un proceder epistemológico que se ve inmerso en una complejidad que depende de los sujetos que pretenden guiar un proceso de formación; de lo que los configura como personas, de su historia personal y colectiva, de su idiosincrasia; lo cual da como resultado una complejidad de relaciones entre los conocimientos médicos involucrados en la formación de personal en salud autónoma donde las formas culturales indígenas en el proceso del conocer se encuentra, sin lugar a dudas, presentes; principalmente de quienes poseen la tradición de algún pueblo indígena originario.

Los pueblos indígenas conciben el cuerpo humano de diferente manera, en este caso, en pueblos tzeltales y tojolabales se vive como *un todo que no necesita fragmentarse* para conocerlo sino entenderlo desde su totalidad, en su ser viviente que comparte el mundo con

otros seres vivientes y que junto con ellos lo construye y lo respeta. Sólo los animales que se “aliñan” –se trozan- (*ta che'tan chambalameetik*) son para alimentarse.

Lenkersdorf (2004, 2005, 2006, 2008) habla sobre el *conocimiento holístico* que poseen los pueblos tojolabales y que, consideramos, pueden compartir con pueblos tzeltales y tzotziles debido a su raíz de origen: la cultura maya. Donde no se divide el todo en sus partes sino que hay que captar/conocerlo en su totalidad:

En la física, la anatomía y tantas otras ciencias, igual que en las ciencias sociales y en las humanidades, se suele analizar, dividir los fenómenos en sus partes/componentes, para saber/conocer, entender y explicarlos. Los tojolabales van por otro camino. Saben/conocen, etcétera, al acercarse coordinadamente al ‘sujeto por conocer’. El conocimiento se realiza al dialogar con dicho sujeto viviente (Lenkersdorf, 2005: 211-212).

Explicación que nos permite considerar que es importante reconocer las otras formas, métodos en cómo se construye conocimiento, acercarnos, conocerlos para respetarlos y tomar de ellos lo metodológicamente necesario para replantearse el quehacer médico-pedagógico de la asociación con el propósito de ejercer una práctica médica y educativa con mayor posibilidad y en sintonía con el movimiento étnico-político que es espacio de su intervención.

Freire, a través de su *Pedagogía de la palabra*, alimenta un proceder metodológico con respecto al acto de conocer, la asociación retoma parte de esa metodología que, combinada con la visión social del proceso salud-enfermedad, se permite escuchar y reconocer las formas en cómo se presentan los CMT, como es el caso de la herbolaria y la atención al parto.

Con respecto a la primera: la herbolaria como tratamiento de curación. Este campo de la medicina tradicional indígena fue abriendo camino en el proceso de enseñanza-aprendizaje, primero, para que los conocimientos implicados en ella fueran sistematizados, posteriormente, como contenido pedagógico; esto desde la experiencia educativa en el PSCMC hasta hoy como SADEC; pues, ante la falta de servicios públicos de salud en la zona de Marqués de Comillas –y en todo el estado- se hizo necesario y factible conocer esos otros modos y medios de curación, los cuales, estaban más próximos a la población. Además, aunado a ello, fue importante el reconocimiento que los asesores del programa

hicieron en torno los CMT que manejaban los promotores/as de salud –principalmente los de origen guatemalteco<sup>137</sup>-, sobre sus formas y medios de curación.

Quienes coordinaban el programa, en ese entonces, reconocieron como elemento importante la formación en torno al uso de plantas medicinales y, ya como SADEC, esta formación se combinó con técnicas para la elaboración de medicamento natural –pomadas, jarabes y tinturas- donde la UAM-X colaboró con la creación de un laboratorio de medicina natural asistido por profesionistas formados en esa casa de estudios.

Esto nos hace ver que, si bien, se reconocen los CMT desde su parte externa y técnica –reconocimiento de plantas medicinales, su utilidad, procesamiento para su conservación y el tratamiento para enfermedades endémicas de la región-, no se involucran con el sentido profundo de esa medicina en el proceso de sanación y de cura, su relación con el todo que le da sentido, cómo pedir permiso a la planta para ser utilizarla, en qué momento y porqué se puede usar, con qué otras plantas puede ser combinada y por qué. Aún no queda claro si SADEC camina la técnica herbolaria con los elementos esenciales que le dan sentido, su relación con el medio, con las energías naturales, su relación con el proceso de sanación, el paciente y su familia.

Otra forma de aproximarse al conocimiento que se vive en los pueblos tzeltales y tojolabales es que se aprende haciendo los trabajos; es decir, que cada uno vive su propia experiencia –la persona aprende por sí misma, *trae a su corazón (ich’el ta o’tanil)* su experiencia-. El aprendizaje depende de que la persona entre en contacto con las cosas y que le genere sentimientos ya que nada se entiende sin antes no lo ha traído a su corazón (Paoli, 2001).

---

<sup>137</sup> Los refugiados guatemaltecos poseían un conocimiento médico tradicional que compartieron con población mexicana, pues, ellos y ellas conocían gran parte del medio natural donde se encontraban; las plantas medicinales con las cuales contrarrestar las enfermedades causadas por dicha migración, lo cual compartieron con población mexicana, quienes de igual manera vivían un proceso de migración por los asentamientos territoriales que hizo el gobierno mexicano en esa zona, población que no conocía el medio natural donde se asentaban, así que, los promotores/as de salud guatemaltecos compartieron con los mexicanos sus saberes sobre algunas plantas medicinales de la zona y así contrarrestar las enfermedades que se presentaban (Heredia, 2007a; Baronnet, 2009).

Un conocimiento que se trae al corazón es un proceso individual, de la persona, que mediante experiencias va incorporando y re-significando ese saber a través de su cuerpo. **Traer al corazón** requiere de múltiples experiencias para se vaya gestando el hombre sabio y la mujer sabia - la *batsil ants* o el *p'ij winik*-, hombres y mujeres verdaderos, propósito fundamental de la educación tzeltal, la educación verdadera (Paoli, 2001).

Para Villoro (2002) el sabio es el que aplica, no teorías o principios generales sino:

[...] enseñanzas sacadas de experiencias vividas. La sabiduría [...] supone [...] conocimientos directos, complejos y reiterados sobre las cosas. Al hombre sabio no le han instruido tratados científicos sino la observación personal, el tratado frecuente con otros hombres, el sufrimiento y la lucha, el contacto con la naturaleza, la vivencia intensa de la cultura. Los resultados de la ciencia se transmiten mediante discursos, consignados en tratados, artículos, manuales; las verdades de la sabiduría pueden comunicarse, aún sin palabras, mediante el ejemplo de una vida (Villoro, 2002: 226).

Ese ejemplo de vida, ese hombre modelo, el hombre sabio es quien puede aproximar a otros/as a la vida profunda y es re-conocido por los pueblos tzeltales como *nopteswanej*, la persona que puede aproximar a otros a la vida profunda, al *lekil kuxlejal*.

El *nopteswanej* es la persona que se hace ejemplo y tiene método, no para enseñar algo sino para mostrar su fluido, es como orientarnos hacia el río de la vida, de tal manera que las personas experimenten por sí mismas la *batsil ants* o el *p'ijil winik*.

El *nopteswanej* no enseña sólo a la cabeza sino también al corazón. Primero permite que el otro vea, experimente, y una vez que ha experimentado algo, que lo ha traído a su corazón (*yich'oj ta y'otan*), le deja que pregunte para que haya el deseo de recibir una respuesta. El verdadero *nopteswanej* es paciente y lleno de confianza (*nakal ta yo'tan*), porque no sólo mostrará un conocimiento, también propiciará que su sabiduría entre al corazón del otro (Paoli, 2001: 60).

Para el pueblo tzeltal no cualquier persona puede ser *nopteswanej*, éste debe tener autoridad y tener conocimiento de aquello a lo que aproxima a Otro; un modo adecuado de aproximar para propiciar el interés del aproximado con autoridad moral (Paoli, 2001). A decir de Villoro las personas a quienes se les atribuye con mayor facilidad esta sabiduría son “a los hombres viejos, experimentados o bien a los que han sobrevivido experiencias vitales y han sabido aprender de ellas [...] es más sabio el que ha sufrido y vivido intensamente y ha podido guardar las enseñanzas de situaciones variadas en las que ha participado” (Villoro, 2002: 226).

Hombres y mujeres sabias que guían hacia los caminos de la vida buena. Maestros que aproximan a Otros a que vivan su experiencia, y a con ella, una vez echa cuerpo, construyan su conocimiento.

Podemos decir que quienes ejercen el cargo de multiplicadores/as de salud buscan ser ejemplo y modelo para otros, que sus acciones hablen por ellos, que por su trabajo ellos y ellas puedan ser respetados y reconocidos/as por sus comunidades y municipios caminando, a su vez, hacia la vereda de la sabiduría.

En el proceso de formación que vive el personal de salud autónoma en colaboración con la asociación se ejerce esa relación compleja que implica modos de conocer tanto de la experiencia médica institucional como de la experiencia médica tradicional, principalmente por la mediación que realizan los multiplicadores/as de salud y los encargados de capacitación en SADEC quienes viven interculturalmente el ejercicio de su práctica médica.

Modos en el acto de conocer que se cruzan, por ejemplo, en el ejercicio cotidiano de la práctica médica donde se aprende haciendo el trabajo, pues, no es a partir del estudio de seres sin vida como pueden acercarse al conocimiento de un proceso de salud-enfermedad sino se enfrentan a problemas de salud con personas vivas con quienes comparten espacios, tiempos y posibilidades de lucha e, incluso, formas que les agreden como individuos y como pueblos (agresiones militares y paramilitares). Personas con quienes, mediante el trabajo autónomo, se busca una opción de vida.

También puede verse en los *casos problema*, que son situaciones reales y contextuales que los multiplicadores/as de salud han vivido y con los cuales pueden cuestionan lo aprendido, complementarlo con la propia experiencia y las soluciones dadas, así como ejercer sus habilidades prácticas donde combinan tanto su idiosincrasia como sujetos/pueblo y lo aprendido con la asociación.

Con respecto a la partería, que es un CMT que puede compartirse como un ejemplo de vida –siendo las mujeres sabias y hombres sabios quienes pueden hacerlo al ser aprendido a partir del don otorgado o como un conocimiento generacional- cobra

importancia al estar estrechamente vinculado (condicionado) al *código comunitario* con el cual las mujeres embarazadas de los pueblos sólo permiten a otra mujer que haya experimentado el parto en su propio cuerpo –y traído la experiencia a su corazón-, “mirar” –atender- su parto y recibir al niño o niña que está por nacer. Fulgencio, coordinador de capacitación de SADEC nos habla de ello:

[...] hay un código en la comunidad: si has tenido un parto, un embarazo entenderás mi embarazo, mi parto y cuidarás la atención cuando tú lo hagas, si no, no, [...] mejor ni te metas [También si] has atendido embarazos, partos entonces me vas a poder atender si no ¡no! y si vas a estudiar entonces vas a entender más (Entrevista realizada a Fulgencio Díaz, fundador y socio actual de SADEC, mayo 2010).

Es importante para la formación de las parteras vivir el parto como si fuera el suyo<sup>138</sup> propio y acompañar en ese acto de vida a otra mujer.

SADEC explicaba que, por la experiencia vivida en el PSCMC, no podía formar a parteras comunitarias recién nombradas, ya que si no poseían un trabajo anterior y el reconocimiento de la comunidad –principalmente de las mujeres- se haría difícil ejercer la partería y que, si bien, ese conocimiento pasa por la corporalidad de quien lo aprende éste requiere de acompañamiento constante y del respeto al código comunitario de “recibir” a un bebé si ya antes se ha vivido esa experiencia.

Sin lugar a dudas, la asociación trabaja actualmente con quienes las organizaciones, comunidades y pueblos eligen para llevar a cabo los diferentes cargos de salud, sin embargo, hace énfasis que, en el caso de la partería, éste es un conocimiento personal que requiere del acompañamiento de otra partera, de esa mujer sabia que puede aproximar a otra para que por sí misma traiga a su corazón un conocimiento el cual la guíe hacia la vida profunda.

Comentan miembros de SADEC que en cierto momento capacitaron a mujeres jóvenes como parteras –quienes habían sido nombradas por sus comunidades- quienes no tenían ni conocían la experiencia de atender un parto; después de un tiempo de formación y

---

<sup>138</sup> La partera María, quien tiene 37 años en ejercicio de la partería, explicaba durante el taller que impartió en abril de 2010 en la ciudad de Oaxaca; que ella vivía el parto de otra mujer como si fuera el suyo propio, que acompaña a la mujer en ese acto de amor, en ese acto de vida.

de su involucramiento en el servicio hacia sus comunidades se percibió que las mujeres embarazadas de las comunidades no acudían con ellas para atender su parto sino únicamente para control prenatal.

Sin embargo, en el caso de la salud autónoma, cuando son las y los jóvenes y quienes están tomando cargos y trabajos comunitarios para la construcción de su autonomía; se ha visto que promotoras de Salud Sexual y Reproductiva que se encuentran laborando en las Clínicas Autónomas Centrales han atendido partos sin aún haber tenido hijos, que están siendo reconocidas en su labor, por su esfuerzo, trabajo y ejemplo ejercido durante su práctica médica, lo cual ha merecido el reconocimiento de las mujeres de las comunidades –bases de apoyo o no- y son quienes están acompañando, junto con las parteras comunitarias a las mujeres en su proceso materno.

Conocimientos y saberes que existen en un cruzamiento donde lo que importa es mantener, reproducir y desarrollar la vida. SADEC es una asociación en la que ese cruzamiento se vive de manera compleja, que es resultado de su configuración colectiva, es decir, que por la formación de quienes la conforman es que estos conocimientos pueden coexistir, relacionarse y cruzarse sin desdeñar o tomar uno de ellos o parte de ellos como parámetro y medir a desde ello lo que se considere conocimiento de enseñanza y aprendizaje.

Aunque más que contenidos pedagógicos, en los conocimientos médicos implicados se vive el cruce de metodologías para aproximarse al conocimiento, donde se tiene en común –que en la medicina institucional correspondería a la perspectiva crítica del conocimiento-, que éste puede aprehenderse, re-crearse, construirse y compartirse.

Nosotros como sujetos que optamos por un quehacer pedagógico es necesario que reconozcamos, con humildad, que existen otras formas de nombrar el mundo de las cuales podemos aprender, sin colocar a una ciencia como medida y a partir de ella descartar cualquier otra posibilidad de hacer ciencia. Nos corresponde reconocer que existen otras formas de crear conocimiento donde existen modos distintos de relacionarse con el mundo, lo cual puede ser posibilidad para construir *otros mundos posibles* donde lo esencial sea la vida misma.

SADEC camina en ese encuentro, complejo y conflictivo, pues, no pocas veces se provocan choques, desencuentros epistemológicos; pero siempre se está dispuesto al diálogo -que es disposición de entendimiento- y que los ha mantenido en un espacio de colaboración, en el cual los sujetos involucrados y sus conocimientos son respetados y tomados en cuenta, de ahí que la asociación insista que su trabajo pedagógico radica en el *inter-cambio de saberes*; este esfuerzo requiere mirar al Otro desde sus propios ojos para así comprender, traer al corazón, esa otra manera de entender el mundo.

Una relación compleja entre los conocimientos médicos implicados en el proceso de formación de personal en salud autónoma, la cual se vive, se camina y se construye en zonas autónomas y que, lo único que nos correspondería hacer es reconocer que están ahí, que existen, ¿podría a eso llamarse salud intercultural o educación intercultural? No lo sabemos, aunque sí se tiene la certeza de que se están construyendo procesos pedagógicos que alimentan el modo de vida que se construye en territorios autónomos. Colaborar en esa construcción llevó a la asociación a establecer elementos que regularan su proceder ético, algunos de los cuales fueron colocados desde la experiencia como PSCMCP y, otros, después de enero del 94.

Algunos de esos elementos son parte de nuestro siguiente sub-tema los cuales configuran a SADEC y han permitido su permanencia en zonas zapatistas.

Así que ahora hablemos sobre:

### **4.3 Género, Derecho a la salud y Autonomía**

*Nuestra esperanza es que algún día cambie nuestra situación, que se nos trate a las mujeres con respeto, justicia y democracia*<sup>139</sup>.

La situación de dominación y las relaciones de colonización que por siglos regularon la vida en las comunidades indígenas y campesinas del estado de Chiapas fueron causa de un proceso que permitió el desarrollo de la conciencia crítica de pueblos y comunidades que, al reconocerse como *sujetos histórico-políticos* en su capacidad transformadora, optaron por organizarse contra esas situaciones de opresión y negación de vida.

---

<sup>139</sup>Comandanta Ramona (1994) en: Castellanos; Pérez, 1994.



Un caminar de lucha, resistencia, organización y trabajo, con lo cual, fueron colocando, más allá de la exigencia, las acciones para llevar a cabo sus necesidades a razón de no seguir muriendo física y culturalmente.

Un desarrollo de conciencia donde la lucha de clases fue transformada también en una lucha étnica, donde el reconocimiento del sistema de opresión y explotación que mermaba la vida en los pueblos y comunidades también se reconoció como un sistema de negación cultural principalmente hacia los pueblos culturalmente distintos a la “cultura nacional”.

El levantamiento armado de 1994 colocó, con mayor énfasis, la problemática indígena en el debate político, económico, social, territorial y cultural. Y las ONG's que decidieron construir y caminar junto con esos pueblos, comunidades y organizaciones de lucha política y étnica reorientaron sus trabajos constituyéndose en favor o en contra de la lucha indígena.

SADEC eligió caminar en colaboración con el proyecto de vida elegido por comunidades, pueblos y organizaciones indígenas y campesinas. Lo que la llevó a un proceso interno de reflexión sobre las formas y medios con los cuales intervenir; así como a buscar los elementos que guiaran su proceder médico-pedagógico. Elementos que regularían las relaciones sociales entre los sujetos involucrados los cuales fueron colocados también como temas-contenido en la formación política de los multiplicadores/as de salud autónoma.

En la primera experiencia como PSCMC se marcaron elementos éticos para la intervención educativa y médica, estos fueron: Participación Comunitaria, Continuidad, Identidad y Género –éste último visto como la participación social en relaciones de igualdad entre hombres y mujeres-. Posteriormente, después de enero de 1994, SADEC incorpora otros elementos ante la problemática social, política y de guerra que existía en la zona, a saber: Derecho a la salud, Autonomía y hace énfasis nuevamente en la cuestión de Género. Elementos con los cuales estructuró los trabajos a corto, mediano y largo plazo permitiendo el desarrollo y la permanencia de la asociación en esos espacios.

Con respecto al Género, siendo este una problemática emergente que la asociación tomó en cuenta desde su primera experiencia médica y pedagógica, se trabajó en todo momento porque las mujeres accedieran a espacios de participación, en este caso como promotoras de salud general y, en su momento, en el reconocimiento del trabajo de las parteras comunitarias. SADEC vivió la emergencia de construir esos espacios donde las mujeres involucradas hicieran escuchar su palabra e intervinieran social y políticamente junto con sus compañeros.

En la formación de personal en salud comunitaria y autónoma, la asociación no diferencia entre hombres y mujeres pues la formación en salud se trabaja de manera conjunta, sin embargo, sí reconoce que hay mucho por hacer, por construir y abrir más espacios de participación; por ello, ante el nombramiento de nuevos promotores la asociación considera también la necesaria participación de las mujeres, incluso, piden que de cada cuatro promotores nombrados por su comunidad uno de esos nombramientos sea para una mujer.

Como metodología de enseñanza se trabaja porque las mujeres involucradas, ya sean multiplicadoras, promotoras o parteras, intervengan durante las sesiones, participen, digan su palabra y expresen sus experiencias, opiniones y reflexiones sobre los temas estudiados. Por ello, puede decirse que no se vive la diferencia entre géneros en las formas de enseñanza y aprendizaje sino que se colabora de igual manera entre hombres y mujeres, aunque, por las situaciones que condicionan la participación de las mujeres en cargos y trabajos comunitarios sí se apoya más a quienes deciden ejercer ese derecho, trabajando siempre porque el número de mujeres participantes sea cada vez mayor.

En los cursos-taller que lleva a cabo SADEC asisten conjuntamente promotores y promotoras de salud, se estudian problemas sociales y biológicos del proceso salud-enfermedad así como su proceso preventivo y de sanación. Sólo si el tema por estudiar se enfoca propiamente a la salud de la mujer, en ocasiones, los grupos de promotores/as se separan. Actualmente eso no se realiza con multiplicadores/as de salud, pues, todos los temas son estudiados conjuntamente y se busca que las mujeres participen, digan su palabra, experiencia y el sentir que viven en el ejercicio del trabajo comunitario.

[...] nosotros no lo separamos, vemos que otros grupos sí trabajan exclusivamente con mujeres, nosotros no, [...] cuando nos hablan para hacer cursos para formación de promotores, pues, son de los dos sexos, o sea, no hay distinción. [Aunque] algunos temas a veces se sienten más complicados [entonces] sí se separan, como en los temas de análisis por ejemplo, si algunas compañeras sienten como más pena, algo así, pues sí lo separamos, pero luego toca trabajar junto con los compañeros, pues, porque estamos en un trabajo de salud general y, bueno, te va a tocar trabajar hombre, mujer lo que sea y aquí es así; pero es más cuando trabajamos la cuestión de salud reproductiva [...]

(Entrevista realizada a Fulgencio Díaz, mayo 2010).

La asociación pide a las organizaciones con quienes trabaja que, además, de nombrar mujeres como promotoras de salud también se nombren a multiplicadoras de salud, aunque ello dependa del tiempo de servicio y la experiencia de promotoras de salud general ya formadas<sup>140</sup>.

Las mujeres son quienes poco a poco han ido creando caminos y espacios de participación a través de su reconocimiento como sujetos de decisión y transformación durante el ejercicio del cargo o trabajo comunitario, ya sea, como promotoras de salud general, de salud sexual y reproductiva<sup>141</sup>, capacitadoras o multiplicadoras y como parteras autónomas o en otros cargos como por ejemplo: responsables locales, regionales o municipales. Acción social que representa parte importante de la construcción y sostén de la vida autonómica zapatista.

Durante el ejercicio del cargo comunitario las mujeres viven su participación, en ocasiones, como una disputa entre hombres y mujeres y, en otras, como complementariedad donde ambos colaboran en el ejercicio de su responsabilidad comunitaria.

En SADEC las mujeres que actualmente participan son quienes realizan servicio social, anteriormente, el trabajo más visible con mujeres fue cuando se inició la

---

<sup>140</sup> Son muy pocas las promotoras de salud general que son nombradas como multiplicadoras ya que ese trabajo depende de los años de servicio en el cargo, asunto que las mujeres viven con dificultad ante lo que condiciona su participación: cuestiones económicas, culturales y de género, mismas contra las cuales luchan día con día en sus comunidades y con sus compañeros de trabajo. En el caso de la salud sexual y reproductiva ha sido un espacio propiamente de las mujeres, quienes lo han tomado y que la organización etnopolítica acompaña, pues, se impulsa que las mujeres participen más en los cargos y trabajos comunitarios.

<sup>141</sup> Las promotoras de salud sexual y reproductiva en zonas autónomas están siendo formadas por promotores/as de salud general con años de experiencia médica y por ONG's que colaboran con el proyecto autonómico zapatista. Una de esas organizaciones es Formación y Capacitación A. C., (FOCA) que, durante 2008 y 2009 trabajó en la formación de promotoras de Salud Sexual y Reproductiva en la zona Selva.

colaboración en la formación de parteras comunitarias donde trabajaron asesoras y asesores médicos así como promotores/as de salud comunitaria. Este trabajo permitió, una vez empapados en la problemática de la salud de la mujer (muerte materna, enfermedades de salud sexual y reproductiva, violencia de género...), trabajar como tema emergente la cuestión de Género.

[...] fue hasta el inicio del trabajo con parteras cuando surgió como posibilidad el trabajo específico con mujeres, pero siempre desde la perspectiva de la salud y el papel de las mujeres parteras en esta área de actividad terapéutica [...] durante muchos años de trabajo en las regiones de cobertura de SADEC y su programa de salud comunitaria, la perspectiva de género prácticamente no se abordó: o en mejor de los casos, se asumió de manera tangencial a través de los cursos en los que se promovía una mayor participación de las mujeres y se intentaba apoyarlas en situaciones de conflicto familiar o comunitario desatado a partir de su desempeño profesional. [...] durante mucho tiempo SADEC privilegió el abordaje de su trabajo desde la perspectiva de organización comunitaria, sin retomar de manera directa las relaciones intergenéricas. Lo anterior ha sido tanto para los grupos de parteras, como en los grupos mixtos de promotores; por lo que la incorporación de una perspectiva de género en el trabajo no sólo de parteras sino de salud comunitaria en general, ha significado un avance importante para los diferentes proyectos, en la medida en que ha podido fortalecer a los grupos en el contexto de la situación social y política de las regiones (López Silva, 1999: 91-93).

El trabajo con parteras comunitarias llevó a la creación en 1998 de un proyecto de salud integral para la mujer que se nombró: *Casa de la Mujer "Ixim Antsetic"* (CAM), en la ciudad de Palenque, con el cual se intentó, en todo momento, acompañar a mujeres en procesos de sanación y solución de conflictos.

La situación de las mujeres [...] nos llevó en 1998 la creación de la Casa de la Mujer, que se formó con la idea de ofrecer un centro de atención médica, psicológica y legal a las mujeres de diferentes regiones de la zona selva norte, en el marco de las estrategias de atención a la salud comunitaria impulsadas por la organización no gubernamental Salud y Desarrollo Comunitario (SADEC, A. C.). En este contexto la apertura de la Casa de la Mujer se perfiló como un eslabón de la cadena de servicios comunitarios que permitía vincular estos servicios con los de atención de segundo nivel (López Silva, 2005: 57).

Sin embargo López Silva (2005), médica asesora de dicho programa, vivió ese espacio construido como un espacio en disputa lo que llevó a la escisión y conformación de CAM como asociación civil en 2003. Según ella el conflicto con la asociación estuvo marcado por el tipo de relaciones interpersonales que se establecieron las cuales consideró como relaciones jerárquicas, paternalistas y dependientes, determinadas, a su vez, por condiciones de género y de clase. En sus propias palabras:

El cuestionamiento constante a nuestras propuestas y acciones fue una de las expresiones de una convicción paternalista que consideraba que no teníamos capacidad para impulsar lo que nos proponíamos. [...] Dos elementos más influyeron en el posicionamiento del equipo de SADEC respecto al proyecto que impulsábamos: uno el generacional, el otro el experiencial. Habían interiorizadas una serie de prescripciones simbólicas no sólo de género [...] sino también otras relativas a las diferencias generacionales y aquellas derivadas de la experiencia de trabajo. Se asumía [...] que quienes tenían más edad y mayor tiempo de experiencia de trabajo, tenían más capacidad de aprobar o desaprobar una acción [...] SADEC perdió la oportunidad de aportar un acompañamiento más cercano a nuestro proceso, y se limitó a mirarnos de lejos [...] (López Silva, 2005: 125-126).

Lo que la llevo a reflexionar que:

[Había] cuestiones de fondo muy importantes [para tomarse en cuenta como]: la posibilidad de incorporar a nuestro quehacer la visión y algunas propuestas de las mujeres [...] la posibilidad de democratizar el método de trabajo y la estructura de la asociación (López Silva, 2005:124-125).

Perspectiva que coloca a la asociación en una emergencia de reflexión y acción interna sobre los espacios de participación y de decisión que se han ido construyendo y los procesos que viven las mujeres en esos espacios.

Actualmente SADEC trabaja de manera coordinada con CAM, realizando asesorías principalmente educativas, apoyando en infraestructura para el desarrollo de sus actividades y dando seguimiento a los profesionistas de la UAM-X que realizan servicio social a través del PIIPDHCH. De hecho, gente que ha trabajado o colaborado de alguna manera con SADEC lo ha hecho de igual manera con CAM.

Consideramos que la escisión de CAM fue por la exaltación y marcada diferenciación entre las acciones de hombres y mujeres donde las relaciones cotidianas desvanecieron el propósito fundamental de la asociación. La asociación reconoce que es necesaria y fundamental la participación de las mujeres y su intervención en distintos espacios pero, en lo cotidiano, no se percibe que eso implicaba reconocer, a su vez, la necesaria colaboración y complementación de ambos sexos para aprehenderse y enseñar-se sin involucrarse en la lucha de poderes cuya meta es ejercerlo sobre el Otro/a; es decir, que en lugar de establecer relaciones horizontales se siga perpetuando la relación vertical entre hombres y mujeres.

Esta consideración viene al texto *re-cordando* cómo surge la Ley Revolucionaria de Mujeres en la que se rompe con posiciones feministas sobre la participación de la mujer, en

ella se mantuvo en claro que la lucha y la resistencia se hace de manera conjunta –entre hombres y mujeres- que, si bien, hay mucho todavía porque luchar en las comunidades con respecto al reconocimiento de *las mujeres como sujetos histórico-políticos* con capacidad de decisión y acción. Hoy esas mujeres son quienes han abierto espacios de participación y enseñado a la lucha y resistencia zapatista otra manera de construir su proyecto autonómico; ejerciendo junto con los hombres su derecho a existir.

La Comandanta Ramona deja en claro esa posición entre hombres y mujeres, la cual fue enseñanza para aquellos que decidieron luchar, ser parte y formarse en *la Organización* (Comandanta Ramona, *La Jornada*, 1994)<sup>142</sup>.

La participación y espacios de decisión construidos por las mujeres en zonas autónomas son lugares de lucha, resistencia y trabajo cotidiano<sup>143</sup>; son ellas quienes ante una agresión del ejército federal repelen el movimiento haciendo un muro de contención y quebrando la posibilidad de enfrentamiento entre bases de apoyo zapatista y el ejército federal –los “wuachos”. Son ellas quienes, en su momento, mantuvieron al ejército del pueblo, al EZLN y su insurgencia, pues ellas durante mucho tiempo prepararon los alimentos que eran llevados a los campamentos insurgentes (Muñoz Ramírez, 2003). Son quienes en los trabajos cotidianos luchan por su reconocimiento y respeto como mujeres indígenas y zapatistas.

El EZLN reconoce que existe mucho por trabajar con respecto a la participación de las mujeres como sujetos de decisión y acción social, en la Sexta Declaración de la Selva Lacandona (CCRI-CG-EZLN, 2005), se hace mención de lo mucho que hay que caminar

---

<sup>142</sup> La Ley Revolucionaria de Mujeres fue resultado de la recopilación del sentir y la toma de conciencia en su praxis transformadora de la mayoría de las mujeres zapatistas, la cual fue llevada a cabo por responsables políticas del Comité Clandestino Revolucionario Indígena (CCRI), en este caso por la Comandanta Ramona y la Comandanta Susana, quienes la llevaron a consulta con los pueblos bases de apoyo y es firmada en 1993. Ley donde se deja en claro la posición de las mujeres dentro de la Organización, los espacios de participación y las relaciones sociales que se desean entre hombres y mujeres, donde se reconoce que la lucha crecerá y se alimentará con la necesaria participación de las mujeres. Ello como resultado y ejemplo del reconocimiento de la mujer como *sujeto histórico-político*.

<sup>143</sup> El ser parte de una organización político-militar permitió a muchas mujeres zapatistas romper con costumbres que minaban su propia vida, hoy se trabaja y se lucha día con día por que las mujeres bases de apoyo participen tanto en los trabajos y cargos tradicionales como en los que ha generado la lucha y construcción autonómica.

en torno las relaciones sociales interpersonales, familiares, comunitarias, regionales, municipales y nacionales.

La cuestión de género en zonas autónomas ha pasado a ser hoy centro de muchas investigaciones -existe un auge académico por investigar el tema-; así como, se ha colocado como parte importante en la constitución e intervención social de muchas ONG's en el estado de Chiapas y en nuestro país.

La participación y empoderamiento de las mujeres ha enseñado al movimiento etno-político del zapatismo otra manera de luchar y resistir, una lucha interna que hacen las mujeres para seguir viviendo junto con sus hijos, su familia, su pueblo y su organización. Una lucha cotidiana que enriquece el proceso autonómico.

Mujeres que ejercen sus derechos fundamentales junto con sus esposos, padres, hermanos, hijos y abuelos y que, por ello, se viven como complemento con los hombres, pues, son quienes comparten el camino elegido y el proyecto de vida en construcción. Derechos que, como el de la salud, son exigencia y ejercicio en municipios, regiones y comunidades autónomas.

SADEC acompaña y colabora de manera directa el ejercicio de uno de esos derechos, en este caso el Derecho a la salud, desde el momento en que decidió intervenir y construir proyectos de salud y educación a largo plazo en colaboración con las comunidades y organizaciones campesinas e indígenas.

El Derecho a la salud pertenece a los derechos de segunda generación cuyo estándar máximo es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIDESC (1966), del Sistema de Naciones Unidas, ONU; que en 2000 fue actualizado a través de una serie de observaciones a cada artículo que lo conforman a través del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC 2000) (Amoroz, 2011).

Este derecho se refiere al acceso universal a bienes y servicios de salud, a medicamentos esenciales, a asistencia médica y sanitaria preventiva y curativa, a un plan nacional de salud pública, a la provisión de seguro y de servicios de salud para quienes

carecen de recursos, a la educación e información en salud y a la cooperación internacional. Señala también los elementos esenciales mínimos del cumplimiento del derecho a la salud en cuanto a disponibilidad, accesibilidad —no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica, acceso a la información—, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud (Amoroz, 2011: 13-14).

En SADEC este derecho se vive, más que un elemento ético que regule su actuar, lo vive como elemento político, ya que se camina hacia una política en salud donde todo aquel que solicita el servicio de salud es atendido sin discriminación. De hecho, ese asunto queda por más claro en el trabajo que promotores de salud realizaron durante el Primer Foro-Encuentro de Promotores y Trabajadores de la Salud llevado a cabo en febrero de 1997 en la comunidad de Moisés Gandhi, donde se emitió la *Declaración Moisés Gandhi* (ver Anexo 15) la cual deja en claro los elementos que guían la política de salud en zonas indígenas.

Esta declaración ha acompañado a la asociación en todo momento y es tema de estudio en los curso-taller que lleva a cabo en la formación de multiplicadores, de igual manera, se encuentra presente en las experiencias relatadas en el Segundo Encuentro de los Pueblos Zapatistas con los Pueblos del Mundo donde las bases de apoyo zapatistas comparten sus modos de hacer y pensar los trabajos en salud autónoma.

Heredia (2007b) menciona que en esta declaración se sintetizan elementos entorno el concepto de salud y la política de salud que marca el proceder del personal de salud comunitaria y autónoma, en el cual se considera a la salud como: *“El bienestar del pueblo y del individuo, que contenga la capacidad y motivación para todo tipo de actividad, sea social o política”*, además, que *“salud es vivir sin humillación, podernos desarrollar como mujeres y hombres”*, *“es poder luchar por una patria nueva donde los pobres y particularmente los indígenas se puedan determinar de manera autónoma”* (Heredia, 2007b: 5). Donde la salud:

[...] se caracteriza como ‘un derecho de todas y todos’, relacionada directamente con las condiciones de vida, vivienda, alimentación, trabajo, justicia, educación, (demandas del EZLN). Se concibe también como un proyecto que debe estar en manos del pueblo, quien debe ser parte activa en la definición de las políticas, la planeación, la ejecución y evaluación. (*Ibidem.*).



Perspectiva que se hace común a los propósitos fundamentales de SADEC: que *la salud este en manos del pueblo*. Heredia (2007b) menciona algunos puntos que podrían caracterizar la política de salud en zonas autónomas:

- Toda la población tiene el derecho de la atención, independientemente de si pertenecen al movimiento zapatista o no, de la religión que profesen y de su participación en algún partido político.
- Se debe atender a las personas con dignidad, con respeto a su cultura y creencias, hablando su lengua.
- No se debe regañar a los pacientes, se les debe informar y hacer recomendaciones sobre su salud.
- No se debe obligar a ninguna persona a planificar o participar a fuerza en algún programa de salud. La participación debe ser voluntaria.
- La atención es gratuita, sin embargo considerando que no se tiene una fuente de ingresos permanente para subsidiar los medicamentos, estos tienen un costo con el objetivo de renovar la reserva de medicamentos.

Política en salud que da cuenta del quehacer médico en Casas de Salud, Clínicas y Hospitales Autónomos; asunto que SADEC retoma, respeta y trabaja durante las sesiones con multiplicadores/as de salud con la pretensión de una reflexión interna y una comprensión con respecto a otros sistemas de salud y otras maneras de ejercer la medicina, principalmente, conocer y comparar el trabajo propio con la medicina institucional practicada en el servicio de salud público del Estado mexicano.

Aunado al estudio de lo propio a nivel local, regional y municipal, también se compara con lo externo, tanto a nivel nacional como internacional para, con ello, comprender algunas políticas de salud y el contexto en donde se desarrollan.

Otro de los elementos éticos en el proceder médico-pedagógico de SADEC es la *Autonomía*, la cual, se considera como elemento importante por el espacio de movilidad y los sujetos histórico-políticos con quienes colabora. Elemento que es retomado de los Acuerdos de San Andrés como derecho colectivo de pueblos, comunidades y regiones. La asociación retoma y trabaja de esa manera este aspecto, pues, la experiencia que les dio el PSCMC con respecto a la participación comunitaria y la constitución de la red de salud les dieron el referente para que, ahora, se permitieran vivir lo que antes no se desarrolló por carecer de una base sólida de organización político-regional de las comunidades involucradas. Ahora se vive como un hecho y es autoaprendizaje en comunidades en

zonas zapatistas. Responder a la invitación de los pueblos zapatistas para colaborar en el proyecto autonómico no resultó difícil para SADEC:

[...] nacimos como SADEC de un día para otro pero toda la experiencia que teníamos en la medida que nos conocían físicamente aquí, nos abrió esa posibilidad de continuar ahora como decimos como *juntando el hambre con las ganas de comer* no, nosotros con la necesidad que teníamos de trabajar en lo que nos gustaba, en lo que habíamos aprendido y, en el caso del movimiento autónomo con la necesidad de entrarle a formar sus proyectos de salud autónoma, con lineamientos y cosas escritas en cuanto al ejercicio de la autonomía pero con vacíos metodológicos entonces, ahí fue que nos encontramos simplemente, creo que eso es un poco lo que explica el que hayamos logrado entrar viniendo de una institución gubernamental y de repente pues que nos invitan a trabajar y se abren diferentes espacios (Entrevista realizada a Joel Heredia, fundador y socio actual de SADEC, mayo 2010).

La práctica política necesaria en un proceso de concienciación crítica que se presenta como praxis transformadora no iba a gestarse únicamente desde el trabajo pedagógico de la asociación, ya que, los sujetos con quienes ahora colaboran son personas politizadas, conscientes de su papel histórico y transformador ante las condiciones de opresión y negación de la vida, personas con las necesidades de aprender para construir opciones de futuro para los pueblos, lo que llevó a la asociación a acompañar ese proceso de concientización construido desde las bases y que dio visibilidad al levantamiento armado de enero del 94 y a la decisión de continuar la lucha y la resistencia de manera pacífica y por la vía política, Joel Heredia explica mejor esa situación:

[...] en Marqués era importante que ellos se posicionaran como región, como comité de salud regional y ahora ya municipal. Aquí [con el zapatismo] sobraba, al contrario teníamos mucho de aprender de cómo le estaban haciendo, entonces eso nos hizo *dedicarnos más de lleno, más que hablar de la conciencia en salud, de la conciencia política en salud, de entender los elementos de la causalidad social*, ahora dirían los modernos de los determinantes sociales con relación a la salud, pues estas gentes ya lo traían caminado bien politizados, bien claros, hasta con el levantamiento como la evidencia de hasta dónde podían llegar en términos de conseguir su objetivo de autonomía. Entonces eso nos hacía mucho más fácil esta parte de caminar en la gestión de servicios de salud, en la definición de una política de salud etc., y *en términos prácticos nos permitía ir avanzando con los temas que se revisaban pero también compensar en programas*, no solamente la consulta que daba el promotor sino haber, tienes que tener un programa para vacunación, tenemos un programa para control prenatal, para esto, para esto; *cómo definir que el trabajo de salud no se hace solamente en las cuatro paredes de la Casa de Salud sino fuera y cómo tiene que intervenir toda la población*, entonces, fue todo un proceso (Entrevista realizada a Joel Heredia, fundador y socio actual de SADEC, mayo 2010).

Colaborar con el proyecto zapatista, hoy modo de vida, vino a solucionar lo que en la experiencia médico-pedagógica en el PSCMC no se desarrolló, aunque, sí se perfiló como

resultado del proceso pedagógico vivido: la construcción de un proyecto autónomo que ubicaba los trabajos y las acciones más allá de los procesos de autoatención y autogestión en salud.

Actualmente colaborar en el área de la salud y, principalmente, en el campo de la educación en salud coloca a SADEC como una organización que alimenta el proyecto autónomo de manera importante, en cuya intervención se configuran prácticas sociales – educativas y médicas- donde, sin lugar a dudas, se encuentran implicados conocimientos médicos en una relación compleja y en tensión; donde se utiliza aquella medicina que acompañe de la mejor manera el proceso de sanación de toda aquella persona quien solicite el servicio de salud.

Espacios en construcción donde se aprende que es necesaria la relación horizontal entre personas, donde el Otro es visto como sujeto social, histórico y político y que las relaciones sociales, si bien, pueden ser complejas no se pierdan los propósitos fundamentales de la acción social colectiva.

Vivir un proceso que alimenta la construcción autónoma donde los involucrados deciden qué, cómo, cuándo y dónde intervenir en sus territorios; la Autonomía es precisamente esa libertad de acción –política, jurídica, social y económica y territorial; como derecho colectivo de los pueblos indígenas cuya materialidad se vive en su ejercicio cotidiano. Proceso en construcción donde los pueblos indígenas deciden su opción y modos de vida no habiendo una sola manera de practicarse y ejercerse sino que son procesos moldeados por diferentes condiciones históricas, culturales, sociales, políticas y económicas de los pueblos indígenas originarios quienes buscan establecer otras relaciones políticas, económicas, sociales y culturales con el resto de la sociedad y con el Estado mexicano, rompiendo la situación colonizadora que se ha dirigido hacia sus territorios, personas y pueblos (Gasparello, 2009).

*La Autonomía, el Derecho a la salud y el Género* son los elementos reguladores de la acción médico-pedagógica de SADEC y son los que permiten su permanencia y desarrollo en espacios autónomos.

El reconocimiento de los involucrados como *sujetos histórico-políticos*, la disposición de aprender, compartir y escuchar a los Otros le ha permitido a la asociación configurarse como un sujeto social que, con sus contradicciones y complejidades, caminan y construyen desde una posición política y ética que acompaña la opción de vida que comunidades, pueblos y regiones han elegido donde lo más importante es luchar por la vida.

## Capítulo 5

# ¿Y CÓMO CONCLUIR?

---

En la travesía del arte de tejer y bordar confirmamos que la educación no se circunscribe a un sólo espacio y tiempo pedagógico –no siendo exclusiva del ámbito escolar-, ni puede colocarse bajo una sola perspectiva e intencionalidad sino que posee diversos matices que dan cuenta de propósitos sociales, metodologías, estructuras curriculares –según su concepto de ciencia y de conocimiento-, así como, de la configuración de *sujetos*, procesos y prácticas sociales.

La pedagogía a través del diálogo que establece con su objeto de estudio, es la disciplina que posibilita la mediación en el *quehacer educativo* entre los procesos de formación, las prácticas sociales y los sujetos educativos y pedagógicos que configura en su *estar con Otros y con el mundo*, ya que, sin ello no habría pedagogía ni educación posible y, sin éstas, no existiría el *sujeto en formación*.

Una formación que no camina exclusivamente desde su nivel práctico sino que está unida a la existencia misma de los sujetos, a su opción y decisión de formarse por la síntesis que han hecho de su pasado, presente y futuro. Lo cual se materializa en un horizonte posible que se camina y se construye con Otros/as y con el mundo.

Esta investigación intentó caminar de la mano con la pedagogía para acompañar el *re-conocimiento* de una experiencia pedagógica que configura sujetos, prácticas y procesos sociales (educativos, médicos y metodológicos); la cual tiene como eje vertebral la educación en salud. Experiencia que deja muchas enseñanzas, muchas otras dudas y otras tantas posibilidades de búsqueda.

SADEC, A. C., decidió ser rostro y cuerpo de esta investigación, asociación con la cual pudimos acercarnos a temas necesarios para el debate contemporáneo de nuestra disciplina: *los procesos de formación en salud comunitaria y en salud autónoma*. Temas que permitieron colocar *con-texto*, sujetos, prácticas, conceptos y categorías para

estructurar y dar sentido a este trabajo y, así, guiar de un tema de partida: *la formación en salud comunitaria* a un tema de llegada: *la Educación Autónoma*.

Pretender hoy “concluir” y dar cierre a este trabajo nos hizo reflexionar en cómo hacerlo, pues, al trabajar con estos temas percibimos que no puede haber un cierre definitivo pero si una conclusión hacia una nueva apertura, más allá de ciertas posturas pedagógicas que a través de enunciados evaluativos pretenda demarcar líneas preestablecidas en el quehacer educativo y pedagógico, en este caso de una ONG. Pues, lo que ha permitido esta investigación es comprender desde una postura crítica y dialógica que, ante todo, hay que construir juntos lo que se quiere, escuchar las voces implicadas - entre ellas la nuestra-, tomar en cuenta y construir opciones de vida. Por ello nos detenemos en este espacio y tiempo para que, a través de una reflexión, puedan abrirse veredas que guíen hacia un horizonte histórico distinto.

Lo que a continuación se pretende mostrar, desde nuestra exterioridad, son las consideraciones que, a lo largo de esta investigación, fueron presentándose y tomando forma en torno nuestros temas y sujeto de estudio; reflexiones que son punto de partida y no final de un caminar que nos exige compromiso de vida. *¿Y cómo concluir?*, nos abre espacio y tiempo para permitirnos un respiro y hablar sobre ello.

Así que ahora pasemos a nuestras consideraciones en cinco momentos, uno enfocado a nuestro objeto y sujeto de estudio guiado por la acción pedagógica en la formación en salud comunitaria. Otros dos orientados a las políticas y prácticas en salud y educación construidas y ejercidas a partir de perspectivas indigenistas o desde aquellas que han sido resultado de las luchas étnico-políticas en nuestro país: las prácticas y políticas indígenas.

Como cuarto momento presentamos las consideraciones que queremos compartir con SADEC, sobre su quehacer pedagógico, su interacción con la UAM-X y la discusión en torno a la emergencia en procesos de formación intercultural y su relación con quienes consideramos son sostén de la autonomía regional: los multiplicadores/as. Para, con todo ello, concluir con nuestro tema de llegada: *la Educación Autónoma*.

Así que caminemos hacia nuestras consideraciones...

### **5.1 Sobre nuestro sujeto y objeto de estudio: la acción pedagógica en la formación en salud comunitaria**

SADEC posibilitó involucrarnos con un tema educativo: *los procesos de formación en salud comunitaria*, el cual cobra interés al mostrar cómo se combina el ámbito de la educación, la salud y la participación comunitaria para dar respuesta a problemas locales de salud en zonas indígenas y campesinas de nuestro país. Al cual situamos en un espacio de intersección donde se anudan perspectivas, prácticas, sujetos, espacios y tiempos configurados en una relación compleja condicionada por el actuar, por un lado, del Estado mexicano con respecto a los sectores denominados “minorías” y, por otro, por las luchas, resistencias sociales y movimientos étnico-políticos contemporáneos.

Tema al que fuimos acercándonos a través de la memoria colectiva de la asociación, de la historia hecha relato y del discurso de sus acciones en educación, lo que permitió marcar líneas de búsqueda e indagación para, en un primer momento, tratar de entender el proceso y, después, materializarlo a lo largo de este trabajo. Situación que nos llevó al reconocimiento de prácticas, sucesos, conceptos, categorías, puntos en común que, a través de comparaciones y cuadros gráficos, nos mostraron espacios y tiempos de movilidad donde se anuda el quehacer médico-pedagógico de la asociación.

Aproximarnos y desarrollar el objeto de investigación en torno a *los procesos de formación en salud comunitaria*, nos permitió acercarnos y *ad-mirar* esa complejidad y pretender dar cuenta de ella para materializar los objetivos (generales y particulares) de esta investigación, a saber, sobre los objetivos generales:

***Reconocer la experiencia pedagógica de SADEC, A. C., en la formación de personal en salud autónoma.*** Nos guió en la búsqueda de aquello que configura a la asociación, su campo de movilidad, los elementos que en ella se mueven, de ahí que se haya colocado como necesario *historizar* el proceso y la intervención pedagógica, encontrar en su caminar los momentos históricos que le han dejado huella, los puntos en común, las contradicciones y sus transformaciones. Para, con ello, guiar el análisis de su *quehacer*

*médico-pedagógico*, de lo que lo configura y lo condiciona y, así, posibilitar su *reconocimiento*.

Esto nos permitió reconocer que de un trabajo en salud comunitaria se caminó hacia el acompañamiento en la construcción de un proyecto autónomo, que de la construcción de redes locales en salud hoy se está colaborando en la construcción de otro sistema de salud, de aquello que le permite desarrollarse y reproducirse –la educación en salud-. Un camino y una experiencia donde siempre se ha reconocido la opción de vida y la decisión de los sujetos involucrados. SADEC –como sujeto social en su ser colectivo- decidió ser parte de la construcción de un proyecto socio-político donde comunidades y pueblos indígenas y campesinos han tomado en sus manos el rumbo de su historia.

***Analizar su proyecto pedagógico, desde el planteamiento teórico-metodológico, los espacios de formación y las relaciones pedagógicas.*** Implicó, una vez recorrido el camino y habiendo colocado líneas de análisis, acercarnos a lo que fundamenta el *quehacer* de la asociación a través de prácticas implícitas y explícitas que traducen el uso de conceptos y teorías en educación. Freire, la Teología India, el sistema modular, la visión social del proceso salud-enfermedad, la *in-corporación*, combinación y creación de dispositivos pedagógicos para materializar el proceso de formación, proporcionan cuerpo y sentido a un *quehacer educativo*, donde:

- ☉ la educación se vive como un campo de y para la transformación social, donde se encuentra presente el conflicto en las relaciones pedagógicas y la emergencia de relaciones interculturales se hace necesaria debido a los espacios de movilidad y los sujetos involucrados en el proceso de formación en salud en marco de las luchas étnico-políticas;
- ☉ la salud se percibe como un *todo* que permite desarrollar y reproducir la vida;
- ☉ los sujetos, en su *ser histórico-político*, se re-conocen capaces de transformar la realidad;
- ☉ los conocimientos médicos pueden compartirse, cuestionarse y reconstruirse para dar respuesta a los problemas locales de salud;
- ☉ donde la teoría y la práctica se viven como un proceso dialéctico.
- ☉ Donde la didáctica, más allá de su reducción instrumental, se ha convertido en una metodología propia que orienta los procesos de enseñanza-aprendizaje y



regula la intervención médico-educativa de la asociación, pasando a ser parte del existir-colectivo de SADEC.

Objetivos generales que fueron materializados por otros que, de manera particular, nos guiaron en la búsqueda del conocer sobre nuestros temas y sujeto investigación:

☉ ***Conocer el estado socio-cultural, educativo y de salud de sus regiones Selva Lacandona, Maya y Tulijá-Tzeltal-Chol del estado de Chiapas, desde las estadísticas e investigaciones institucionales;*** lo que nos acercó a datos estadísticos oficiales e investigaciones con las que se dio cuenta de la situación socio-política, económica, social e histórica en que se encuentran comunidades indígenas del estado de Chiapas y que, colocan parte del *con-texto* necesario para entender la movilidad social y política de los sujetos que intervienen en el espacio donde se anudan nuestros temas y sujeto de investigación.

☉ ***Comprender la historicidad de SADEC, A. C., su camino y experiencia pedagógica;*** nos llevó a la búsqueda incesante de todo aquello que pudiera colaborar en dicha comprensión partiendo de la memoria colectiva de la asociación lo que permitió estructurar la indagación sobre sujetos, políticas y prácticas sociales implicadas.

☉ ***Acercarnos a sus planteamientos teórico-metodológicos a través de su quehacer pedagógico;*** nos llevó a comprender que su experiencia pedagógica buscó asegurar su fundamentación en espacios de construcción social y popular, condicionados por la visión de transformación social a partir de la intervención de sujetos-colectivos independientes al Estado mexicano (ONG's); donde la pedagogía de *Freire* y la *Teología India* vinieron a sustentar, dar sentido y configurar el quehacer pedagógico de esos sujetos de los cuales SADEC aprendió modos, conceptos, líneas de acción, apropiándolos, *in-corporándolos* y *re-construyéndolos* a partir de su propio andar como sujeto socio-político, sus espacios de movilidad y las relaciones sociales que establece con los sujetos con quienes se involucra. Lo que ha llevado al uso de la educación popular como metodología para materializar los procesos de formación en salud y a la necesidad de involucrar esta educación en la emergencia intercultural debido a la problemática social actual donde movimientos populares dieron origen a los movimientos étnico-políticos por el reconocimiento y ejercicio de las *Autonomías Indígenas*.

☉ ***Reconocer las relaciones de encuentro entre los conocimientos médicos involucrados en los procesos de formación en salud comunitaria, desde las concepciones y relaciones vivenciales de los actores educativos involucrados en el proyecto pedagógico de SADEC.*** Objetivo que pudo haber sido centro de esta investigación pero que, por el nivel de análisis que requiere y por su factibilidad en

tiempos y espacios, no pudo colocarse como punto de arranque pero sí fue necesario tratarlo en esta investigación. Con el cual se pretendió dar cuenta del conflicto que regula la relación entre los conocimientos médicos que son involucrados en el proceso de formación de personal en salud autónoma y que condicionan las relaciones sociales entre educador-educando; pues se coloca a los CMI como contenido y estructura del proceso de enseñanza-aprendizaje y, con ellos la forma en cómo se concibe a la ciencia y que, aunque se “reconocen” desde su parte técnica éstos no son colocados como elementos sustanciales y estructurantes de los contenidos de enseñanza-aprendizaje. Asunto que nos lleva a reconocer la emergencia de procesos de reflexión intercultural para comprender la emergencia de ruptura epistemológica que exige el contexto donde la asociación decidió moverse y configurarse.

Objetivos que permiten reconocer una experiencia pedagógica que se construye y re-configura con el andar contemporáneo de la asociación y los cuales guiaron metodológicamente la presente investigación.

Ahora nos toca conversar con el segundo y tercer momento de nuestras consideraciones:

## **5.2. Las políticas indigenistas en salud**

En la travesía nos encontramos, por un lado, acciones ejercidas desde *políticas y prácticas indigenistas*, donde la participación comunitaria se reduce al voluntarismo, a la inmediatez y la cobertura de servicios públicos mediante la regulación gubernamental; donde la educación y la salud se combinan para instrumentar programas oficiales, ya sea, vía la educación en salud: formando personal con preparación técnica-básica en salud, *capacitación o instrucción* de auxiliares o técnicos en salud; o la educación para la salud donde este personal transmite información a través de pláticas y talleres a la población beneficiaria de los servicios públicos; auxiliares y personal técnico a quienes se *capacita* para intervenir en el campo técnico-curativo (manejo de equipo y medicamentos básicos, en el *saber hacer*) sin considerar otro tipo de intervención o posibilidad de acceso a otra formación más amplia; personal que ha sido nombrado de diferente manera (promotores culturales, “vacuneros”, “notificantes”, promotores/as de salud, enfermeras o técnicos de salud) desde su condición histórica, pero que ha mantenido su propósito de origen: instrumentar los programas sociales del Estado, configurándose en una práctica social como

intermediarios para “el cambio” cultural y la integración de la población indígena y campesina al supuesto “progreso” y “modernidad” del país.

Políticas y prácticas indigenistas en salud y en educación donde:

☉ ***Los conocimientos médicos de los sujetos involucrados*** se encuentran en una relación asimétrica, pues, se mantiene como único contenido de enseñanza y aprendizaje aquellos conocimientos sustentados en una “objetividad” la cual se sostiene bajo la visión cientificista del conocimiento, y que permite, a su vez, la reproducción de la relación vertical del poder.

☉ ***La sabiduría tradicional indígena*** se considera desde su exterioridad como usos y costumbres (esencialización) y no como posibilidad de ruptura, construcción epistemológica y direccionalidad pedagógica. Asunto que toca debatir dentro del campo de lo intercultural para provocar rupturas y *re-construcciones* epistemológicas, pedagógicas y filosóficas que permita una interrelación emergente entre los diversos modos de concebir el mundo y, específicamente, en torno a los conocimientos y prácticas que se enseñan y se aprenden para, con ello, posibilitar Otra intervención en el campo de la educación y de la salud.

☉ ***La relación médico-paciente*** es condicionada por el burocratismo y la separación corporal en el proceso de sanación, es decir, que no existe un involucramiento y acompañamiento del personal médico en la búsqueda del equilibrio energético del paciente y su entorno sociocultural que conforman *un todo* en el proceso de sanación. Donde el uso de la educación se reduce a la transmisión de información con la pretensión de “prevenir” la presencia de enfermedades; siendo el personal de salud los únicos que pueden atender o curar las enfermedades al ser “reconocidos” por instituciones gubernamentales o por instituciones educativas certificadas por el Estado.

☉ ***No se reconoce a los involucrados como sujetos de transformación***, en su *ser histórico-político*, sino como *objetos* a quienes se dirige, se otorga y se “debe” integrar a la vida “democrática” del país.

Estas políticas y prácticas indigenistas en salud y en educación muchas veces son parte implícita de acciones en salud comunitaria llevadas a cabo por OSC, quienes, aunque marquen independencia y autonomía con respecto al Estado –y éste pretenda regularlas- su práctica social no queda fuera de una intervención indigenista.

Aunque pretendan “escuchar” al Otro y “crear” junto con ellos un proyecto de vida, sus acciones en salud y educación pueden reproducir aquello que se quiere transformar, la educación *bancaria*, donde no se reconoce al Otro como sujeto sino que es objeto en el

acto educativo en el que no existe comunicación, diálogo, palabra cumplida y respeto sociocultural sobre los modos de pensamiento y prácticas de vida de las personas, grupos o pueblos con quienes se trabaja, asunto que puede mantener las relaciones de dominio a través de acciones educativas y médicas.

Consideramos que la visión indigenista puede estar presente en nuestra propia formación la cual puede condicionar la relación que establecemos con los Otros/as; eso pasa en el proceder de algunas OSC que no alcanzan a percibir los mecanismos con que puede estar instrumentando prácticas indigenistas en el campo educativo y de la salud; conflicto que es necesario reconocer para reflexionar nuestras intervenciones y pretender re-construirlas en otras formas de hacer y pensar la educación aunque ello dependa de lo que queramos construir, de su factibilidad y de la disposición que tengamos para hacerlo.

### **5.3. Políticas indígenas en salud y educación para crear otros modos de vida**

Consideramos que es necesario reconocer la presencia del conflicto en la praxis cotidiana y hacer de éste un aprendizaje para buscar estrategias y mecanismos que permitan caminar hacia la transformación de las relaciones sociales en marco del reconocimiento y respeto de la composición pluriétnica de nuestro país y del ejercicio de los derechos individuales y colectivos.

En la travesía de ir dando forma a nuestro tejido-bordado también nos encontramos con *prácticas y políticas indígenas* que cruzan y se anudan en el espacio de movilidad de nuestro sujeto y temas de estudio; las cuales han sido construidas desde y con el movimiento étnico-político que se ha desarrollado en los últimos 20 años en nuestro país, en el que hoy se demanda el reconocimiento y ejercicio de las *Autonomías*. Ello como resultado de otras luchas y resistencias llevadas a cabo por pueblos, comunidades y organizaciones indígenas y campesinas para exigir al Estado mexicano sus derechos sociales, agrarios y jurídicos; lucha que continua en el reconocimiento del *estar-siendo* de los pueblos y comunidades indígenas.

Políticas y prácticas de salud y educación que son construidas en una práctica y reflexión constante, en donde:

☉ Se parte del ***reconocimiento de los involucrados como sujetos*** que se organizan, luchan, resisten y trabajan día con día para transformar sus condiciones de vida y sus relaciones sociales con los Otros/as en un nivel local, regional y nacional. De ahí que la lucha étnico-política se haya convertido en un movimiento social emergente en contra de un sistema que los excluye, minimiza y niega como pueblos contemporáneos con figura jurídica y política.

☉ ***Se combinan –salud y educación- para crear otros modos de vida*** donde las personas son partícipes del proyecto que se quiere, donde su voz es escuchada y tomada en cuenta; donde se respetan sus decisiones y modos de organizarse; donde la educación en salud alimenta la organización de los pueblos indígenas y campesinos para construir los mecanismos que permitan la reproducción de la vida. Una educación en salud cuya proyección es a largo plazo, donde la base es la formación de personal de salud de las comunidades y regiones mediante el acercamiento a los conocimientos necesarios, propios y ajenos, para responder a la problemática local de salud, a la par de ir construyendo la infraestructura que posibilite su funcionamiento; eso con el propósito de que los pueblos y las personas tomen en sus manos el proceso salud-enfermedad para que no sigan muriéndose de enfermedades curables o prevenibles, por embarazo o parto, y se acceda de manera comunitaria y regional a servicios de salud. Esa es la apuesta, ejercer el derecho a decidir sobre el territorio, la forma de gobernarse y organizarse de los pueblos indígenas y las comunidades sin dejar de exigir al Estado mexicano que realice lo que le corresponde: crear los mecanismos sociales, políticos, culturales y económicos para que la población mexicana siga *existiendo* en la realización plena de sus derechos fundamentales, individuales y colectivos.

☉ ***La educación se vive como un proceso complejo de formación de sujetos cuya configuración es condicionada por su estar en tiempos y espacios concretos de organización y trabajo colectivo y comunitario***; donde lo importante es la participación de todos y todas las involucradas, una participación con responsabilidad y compromiso; la cual se realiza en los ámbitos de la planeación, organización, ejecución, control y dirección de todo aquello que se pretenda realizar en y con los pueblos y comunidades indígenas, lo que permite construir no sólo redes de salud comunitaria sino otros sistemas de salud de organización regional donde los pueblos intentan construir otras posibilidades de vida a partir de la lucha y la resistencia étnico-política.

☉ ***La salud comunitaria camina con las comunidades, pueblos y regiones y no es aquella que llega del exterior y se “institucionaliza”***. Es aquella que se hace comunidad, con su dinámica y tejido social; la que se construye día con día como un proceso que implica *autoatención* y *autonomía* en salud, donde se regula el proceso salud-enfermedad mediante conceptos sobre el origen de las enfermedades por sus causas socio-culturales y biológicas, donde los involucrados son sujetos sociales y

políticos que sustentan los trabajos en salud y que, por tanto, alimentan un proceso *autogestivo* en salud y de sostén de los *autogobiernos*.

☉ ***La salud comunitaria pasa a ser parte de la organización comunal*** para la reproducción de la vida y se combina, para su materialización, con todo el tejido social comunitario haciendo uso de los conocimientos necesarios, propios y ajenos, tradicionales e institucionales, para una práctica médica que responda a los problemas locales y regionales de salud y que, junto con la educación en salud pueden construir y desarrollar proyectos autonómicos.

☉ ***Se construyen y se desarrollan con trabajo, organización y lucha de sujetos para llevar a cabo sus derechos individuales, colectivos y de género***, donde las mujeres van abriendo caminos de esperanza siendo ellas las que, a contracorriente, caminan por el reconocimiento de su ser mujer e indígena con derechos jurídicos, individuales y colectivos.

☉ ***Los promotores de salud han transgredido el propósito que dio origen a su práctica*** y la han colocado como un quehacer médico-educativo con implicaciones políticas al situarse como un trabajo o cargo comunitario que alimenta un proceso autonómico.

Este es el panorama en que se encuentra nuestro tema de partida y sujeto de investigación el cual permite configurar sujetos y prácticas sociales. Es un caminar en constante tensión y que podemos percibir en términos concretos en varias situaciones, entre ellas, cuando el personal de salud autónoma se relaciona con el personal y las instituciones gubernamentales en los momentos en que solicitan, por una referencia médica, otro servicio de salud para sus pacientes y que, por situaciones de discriminación racial, política y económica ese servicio se les es negado; o cuando “profesionistas de salud” formados en instituciones de educación superior, organizan y planean cursos o talleres en salud para promotores/as de salud y parteras realizándolos bajo perspectivas de dominio, es decir, que no reconocen otras formas de entender y hacer medicina sino aquella bajo la cual se formaron y que, por tanto muestran, poca o nula disposición para escuchar, *ad-mirar* y reconocer otras maneras de ejercer la medicina, la cual forma parte del *estar-siendo* de las personas y pueblos involucrados.

De ahí la emergencia de crear propuestas donde se resquebrajen las prácticas tradicionalistas (bancarias) en educación y en pedagogía para construir *otras formas de pensar y hacer educación* mediante la ruptura epistemológica y filosófica, donde pueda haber cabida otras formas de crear conocimientos y de entender y explicar el mundo.

Es ahí donde esta complejidad se anuda, por un lado, con políticas y prácticas indigenistas en las que los pueblos indígenas no son reconocidos como sujetos sino son *objetos* de esas políticas, y la presencia de prácticas y políticas indígenas construidas con y por los pueblos que luchan por reconocerse y expresarse como *sujetos histórico-políticos* en su *ser-estar* contemporáneo de lucha, resistencia y construcción social.

#### **5.4. Sobre el quehacer pedagógico de SADEC**

Políticas y acciones en salud comunitaria que también son educativas, pues, configuran sujetos y prácticas sociales y que, por tanto, son parte de líneas y procedimientos en proyectos político-sociales de intervención médico-pedagógica como la que realiza SADEC.

Ahora nos toca hacer una reflexión en torno al *quehacer pedagógico* que SADEC fue configurando en su andar y las consideraciones que al respecto queremos compartir.

La praxis médico-pedagógica de SADEC se fue configurando en el caminar con comunidades, pueblos y organizaciones campesinas e indígenas donde con trabajo, organización, responsabilidad y compromiso se fue estructurando la didáctica que guía el proceso de enseñanza y aprendizaje en la formación de personal en salud comunitaria y autónoma. La cual se sustenta en el reconocimiento de los involucrados como sujetos de transformación como parte de su ser histórico-político.

Metodología cuya fundamentación se fue construyendo por la necesidad de brindar sistematización y organización a la práctica educativa, la cual se fue conformando como compromiso de vida. SADEC pasó de acciones espontáneas en educación a la configuración de su quehacer médico-pedagógico, de minimizar lo educativo como capacitación a entender a la educación como un proceso de formación en construcción, complejo y no limitado a la escolaridad y, en el cual, se configuran sujetos y prácticas médico-educativas.

Parte de su fundamentación teórico-metodológica se encuentra implícita en su quehacer educativo la cual fue colocándose en el caminar por el acompañamiento que en

salud y educación realizaron con otras ONG's, así como, en su estar con comunidades, pueblos, regiones u organizaciones. Perspectivas teórico-metodológicas que se hacen presentes como son: la Teología India, a través del acompañamiento que realizó la Diócesis de San Cristóbal, CENAMI y PRODUSSEP en su trabajo con CEB y, con ellas, el involucramiento de la asociación con planteamientos pedagógicos de perspectivas liberadoras y de transformación social como la *Pedagogía de la palabra* de Paulo Freire y la educación popular, así como, el sistema modular y la visión social del proceso salud-enfermedad, estas dos últimas presentes como referencia personal (y de formación académica) de los médicos/as que iniciaron los trabajos en educación en salud y que fueron colocando líneas de acción.

Perspectivas que coinciden en el reconocimiento de los involucrados como *sujetos*, quienes mediante un proceso de concienciación política y social reconocen su *ser y hacer* histórico-político y su capacidad de transformación; donde cobra importancia el reconocimiento y respeto de la cultura de los involucrados siendo ello lo que permite el desarrollo, la permanencia y la reproducción de los proyectos sociales que se construyen en colaboración con los pueblos, comunidades y organizaciones sociales.

Es decir, que dicha fundamentación teórico-metodológica se encuentra condicionada por la historia personal y colectiva de quienes la materializan, a través de su práctica médico-educativa, una historia donde son importantes los procesos escolares, los procesos de relación social y de movilidad territorial, así como los procesos construidos a partir de la propia colectividad hecha proyecto de vida.

SADEC *in-corpora* esas perspectivas teórico-metodológicas y las *re-configura* en su intervención médico-pedagógica en zonas autónomas, donde el personal de salud desarrolla con responsabilidad y compromiso su trabajo debido al *cargo* encomendado. Un cargo hecho en y por la comunidad el cual se sitúa también como un trabajo político amplio.

SADEC en su caminar a marcado modos de hacer y pensar la educación, ha realizado una construcción didáctica, si bien, se enfoca al campo de la salud, su quehacer educativo nos muestra lo implícito y lo explícito de teorías y metodologías pedagógicas que



guían su actuar. Camino donde se ha transitado de prácticas espontáneas en educación a otras sistematizadas, dirigidas y sustentadas; de prácticas asistencialistas en salud a otras de colaboración y acompañamiento, en un aprendizaje y enseñanza mutua con todas/os los involucrados, donde, sin lugar a dudas el aspecto del conflicto se encuentra presente en el acto educativo principalmente entre quienes se involucran esporádicamente en la práctica educativa y que, como parte importante del proceder médico-pedagógico y organizativo de la asociación y debido a la capacidad numérica de sus miembros, es un asunto que no debe dejarse de lado.

La lucha por el reconocimiento de la composición pluriétnica de nuestro país, vía las acciones y disposiciones jurídicas, y el ejercicio *de facto* de las *Autonomías Indígenas* ha provocado en SADEC un re-planteamiento metodológico en su *quehacer pedagógico* que se expresa visiblemente en la relación que establece con el personal de salud cuya procedencia cultural y lingüística es diversa (pueblos de tradición tzeltal, tzotzil, ch'ol y mestiza); lo que ha provocado la *re-creación* de sus dispositivos y herramientas educativas para acompañar la decisión de pueblos y comunidades por caminar su proyecto de vida.

La importancia del uso de la lengua y su mediación comunicativa entre los sujetos y los contenidos y las relaciones que se establecen fue un asunto minimizado cuando se era parte del PSCMC y que, después, por la decisión de colocarse como sujetos sociales en el proyecto étnico-político en constricción en zonas zapatistas, ésta problemática se hizo visible y cobró importancia en la sistematización de la enseñanza. Problemática que hoy descansa en la práctica médico-educativa del personal de salud en formación principalmente en el trabajo que realizan los multiplicadores/as de salud autónoma, pues, son ellos los encargados de la educación en salud en sus regiones y son los mediadores lingüísticos para que los conocimientos, experiencias y prácticas médico-educativas puedan compartirse.

La intervención médico-pedagógica de SADEC le ha permitido permanencia, desarrollo y continuidad debido a su disposición, compromiso y responsabilidad hecha palabra cumplida. Además, porque el proceder de la asociación ha sido mezclado con modos propios de la configuración étnica-política de quienes hoy son responsables e

intervienen en la práctica educativa de la asociación lo que le ha asegurado permanencia y continuidad.

Consideramos importante que la asociación reflexione en torno los modos en que se lleva a cabo el reconocimiento de la composición pluriétnica de su espacio de movilidad, no desde su exterioridad –diferenciada en las formas en que se práctica la medicina tradicional en su parte técnica (herbolaria, acupuntura, masajes...) o del uso de las lenguas de origen para “compartir” los contenidos de enseñanza y aprendizaje- sino, desde la *interioridad* donde la cosmovisión indígena da sentido a la relación con el entorno socio-cultural lo cual permite entender y explicar Otra forma de pensar y abordar el proceso de salud-enfermedad y el proceso educativo.

Conocimientos que pueden ser parte y estructura de contenidos de enseñanza y aprendizaje en educación en salud y configurar procesos, prácticas y sujetos que accedan a otras posibilidades de intervención médica y educativa; reflexión que puede contribuir a la discusión en el campo intercultural y, con ello, sobre los conocimientos que se enseñan y se aprenden, aunque dicha discusión ya haya sido rebasada, pues, el personal de salud autónoma interviene interculturalmente en salud, ello por la necesidad de responder en tiempo y forma a los problemas locales de salud, lo que depende de los medios disponibles para llevarlo a cabo.

Llevar a cabo reflexiones y discusiones filosóficas, epistemológicas y pedagógicas que provoquen rupturas para comprender *Otras* maneras de entender los procesos de salud-enfermedad más allá de la visión social y biológica, donde se impliquen otras formas de conocer y de hacer ciencia siempre en colaboración con los sujetos involucrados (de manera individual y colectiva).

SADEC por el momento en que surge y por la historia que la configura es resultado de una opción de vida condicionada por situaciones políticas, económicas y sociales que vive nuestro país, las cuales le han marcado espacios de movilidad y formas de intervención con lo que ella configura, a su vez, procesos, prácticas y sujetos sociales y pedagógicos. Asociación que es compromiso de vida para quienes le dan sostén y seguridad

en su actuar y que es puente de encuentro y desencuentro entre los sujetos y las prácticas sociales que se movilizan en su espacio y tiempo.

Al conocer y reconocer la práctica médico-pedagógica de SADEC, A. C., consideramos que la participación ejercida en el plano político-social de individuos que se van configurando como colectividad responde a maneras de cómo se percibe y construye la transformación social ante las imposibilidades que históricamente ha mostrado el Estado mexicano para responder a la problemática socio-política y económica que condiciona la vida de la mayoría de los mexicanos/as. Aunque ello nos coloque también en una posición crítica al trabajo de las OSC en el sentido de que su participación política desvanece lo que es responsabilidad del Estado, crítica colocada, a su vez, en un vaivén al *re-cordar* –volver a vivir- la problemática en que se encuentran inmersos mujeres, hombres, niñ@s y ancia@s en la lucha diaria por su permanencia física y cultural, pues, no existe la disposición concreta del Estado para hacer lo que le corresponde: que todos y todas la mexicanas podamos vivir nuestros derechos fundamentales como individuos y como pueblos. Coincidimos con Fulgencio Díaz cuando menciona que “*el médico, el gobierno y el personal de salud a veces pierden la noción de su trabajo*”.

Así que, la apuesta que hace SADEC es apoyar los mecanismos y las estrategias de *autoatención, autocontrol y autogestión en salud* que las organizaciones sociales, comunidades, pueblos y regiones campesinas e indígenas van construyendo y desarrollando, llevando a cabo estrategias a corto, mediano y largo plazo que permiten construir redes de salud u otros sistemas de salud como el SSAZ para, con ello, disminuir el índice de mortandad en zonas rurales y, principalmente, permitirse ser parte de la construcción del proyecto autonómico a lado de un movimiento étnico-político.

A manera de síntesis a continuación presentamos algunos puntos que, a partir de nuestra exterioridad, consideramos pueden explicar parte del proceder médico-pedagógico que configura a SADEC como sujeto político-social los cuales queremos compartir esperando motiven a la reflexión.

La asociación en su *estar con* comunidades, pueblos, regiones y organizaciones:

- Ⓢ Paso de un nivel asistencial médico-educativo al de una colaboración médico-pedagógica.
- Ⓢ De la capacitación técnico-curativa a la formación teórico-práctica-preventiva con sustento teórico-metodológico.
- Ⓢ Del concepto de participación comunitaria al de participación comunitaria, regional y autónoma.
- Ⓢ De la construcción de redes locales de salud al acompañamiento en la construcción de un sistema de salud regional.
- Ⓢ De un trabajo educativo con mediación monolingüe, a través del español/castilla, a la emergencia en el proceso de formación de la mediación en el uso de las lenguas originarias de los sujetos-pueblos involucrados como son las traducciones médico-conceptuales y los mecanismos de comunicación.
- Ⓢ De aplicar dispositivos pedagógicos pasó a construirlos.

Un modo de hacer y pensar la educación donde la asociación puede:

- Ⓢ Permitirse una ruptura epistemológica que guíe la relación intercultural de la que es parte, lo cual puede trabajarse a partir de una reflexión sobre lo que se hace pedagógicamente, cómo se hace, quienes lo hacen (cómo configuración histórica) y qué es a lo que se quiere llegar.
- Ⓢ Reflexionar en torno a su construcción pedagógica y didáctica a través de su intervención educativa.
- Ⓢ Cuestionarse sobre la participación de las mujeres en el proyecto colectivo y de vida que es SADEC desde los espacios concretos de intervención.

#### **5.4.1. La interacción SADEC/UAM-X. Emergencias en procesos de formación intercultural**

SADEC como sujeto social y político es parte de esas ONG's que se colocaron en la perspectiva de transformación social vía la organización y concienciación de los sectores populares (campesinos -indígenas-, obreros, estudiantes, maestros...); cuyo elemento importante fue la educación popular y que, hoy, en marco de las luchas étnico-políticas por el reconocimiento y ejercicio de las autonomías, se ha dado origen y desarrollo a otras formas de hacer y pensar la educación<sup>144</sup>.

---

<sup>144</sup> La que construyen, mantienen y desarrollan pueblos, comunidades y organizaciones indígenas que desean *otras* formas, finalidades, relaciones, espacios y tiempos pedagógicos no regulados por el Estado mexicano. Ejemplo de ello es el sistema de educación que se camina en zonas autónomas zapatistas como Sistema Educativo Rebelde Autónomo Zapatista de Liberación Nacional (SERAZLN), donde la educación se

Trabajo médico-pedagógico que es respaldado por una de las universidades serias y comprometidas de nuestro país: la UAM-X, razón por la cual consideramos que, a través de esa intervención y por los sujetos que involucra, SADEC pueda abrir espacios de discusión donde se pueda problematizar en torno las problemáticas contemporáneas de nuestro país y su relación con el ejercicio de las profesiones; donde situamos el campo de lo intercultural como un campo emergente ante las luchas, resistencias étnico-políticas y el ejercicio *de facto* de las autonomías.

Discusión que trastocaría el actuar de la universidad, la relación con sus propósitos sociales y las formas en que pretende realizarlos. SADEC por la relación que mantiene con la UAM-X puede provocar esa inflexión y abrir posibilidades de construcción epistemológica, filosófica y pedagógica, donde se permitan *Otras* formas de hacer ciencia, de construir el conocimiento y de entender y explicar al mundo sin caer en propuestas de inclusión, compensación o complementación académica sino que se realice un quiebre epistemológico que provoque una *re-construcción curricular –enriqueciendo al sistema modular* sin dejar de reconocer su fundamento epistemológico, filosófico y antropológico (Pedagogía *freiriana*) y su desarticulación con la instrumentación didáctica empleada para la programación de las sesiones (la Tecnología Educativa vía las cartas descriptivas)- y se camine en la arquitectura de otras formas de hacer y pensar la educación y la salud retomando nuevamente las propuestas pedagógicas de Freire donde se incluya la construcción didáctica que este pedagogo fue caminando a lo largo de su trabajo.

Reflexión que puede partir de los problemas que enfrentan sus egresados y los mecanismos disponibles que emplean para resolverlos, con ello puedan cuestionarse los modos concretos y cotidianos –la didáctica-, los medios y las herramientas con que la universidad forma a sus profesionistas y si ello posibilita o impide la movilidad y práctica social en el ejercicio profesional; concretamente, si las cartas descriptivas permiten el desarrollo de la formación crítica donde la realidad histórica puede transformarse y el conocimiento construirse.

---

vive como *educación verdadera* cuya *práctica pedagógica* consideramos se sitúa en la intersección entre la educación popular y la educación intercultural.

Es decir, que a través de SADEC se provoque un quiebre en el actuar de la UAM-X para que, a través de la discusión, reflexión y actitud propositiva, se puedan construir posibilidades de ruptura epistemológica y filosófica que abran camino al campo de lo intercultural a partir de la necesidad emergente de construir mecanismos que posibiliten *otro* tipo de relaciones sociales, no de sujeto-objeto, sino de sujeto-sujeto en marco de los movimientos sociales y étnico-políticos que se viven en el país y, así, la universidad se permita continuidad y permanencia como una de las universidades con compromiso social y no olvide su razón de origen.

Si bien, la formación académica universitaria forma a sus profesionistas en salud con una visión reducida de la pedagogía –desde su instrumentación didáctica y la educación para la salud-, la práctica y construcción médico-pedagógica de egresados de la UAM-X - en Veracruz (1979), en Chiapas (1985, 2011) y con CEB en la Sierra Alta de Hidalgo (1996)-, ha permitido la configuración de metodologías educativas en el campo de la educación en salud donde implican visiones, propósitos, sujetos, espacios y tiempos pedagógicos contruidos en espacios de emergencia social.

Lo cual nos lleva a reflexionar sobre la intervención social de los egresados de la UAM-X como resultado de su formación universitaria, los problemas que enfrentan y los mecanismos que crean para resolverlos, así como, las de-construcciones que van haciendo al contrastar su formación académica y universitaria con la formación que van configurando en el medio socio-cultural y político en el que se desarrollan.

Consideramos que SADEC puede permitir espacios de discusión realizando cursos-taller donde los profesionistas que realizan servicio social puedan reflexionar, discutir y proponer formas de intervenir acorde al espacio y tiempo de movilidad y, así, puedan *reconocer* lo que condiciona y configura su proceso formativo, implicando, con ello, su formación personal, académica y social.

La asociación como puente de encuentros y desencuentros puede contribuir a que la universidad no se olvide de que configura sujetos que “deban y puedan” responder a la problemática social, cultural, política y económica que vive nuestro país. Además problematizar en torno la relación dialéctica entre la docencia-investigación y servicio,

elementos importantes e imprescindibles del sistema modular y con ello, permitir que la universidad cumpla de manera concreta su función social.

#### **5.4.2. Los multiplicadores/as. Sustento de la autonomía zapatista**

El quehacer pedagógico actual que realiza SADEC en zonas autónomas de Chiapas se centra en la formación de multiplicadores en salud ya que la organización con quien colabora ha ido tomando paulatinamente en sus manos la formación de su personal de salud como parte del proceso autonómico que construye.

Por esa razón la asociación ha ido dejando el trabajo directo en la formación de promotores/as de salud y parteras en zonas autónomas, hoy eso es asunto de la organización regional de cada *Caracol* o JBG, y colabora sólo en los casos donde se le solicita siempre desde la organización autónoma regional y de zona.

Los multiplicadores/as en salud o capacitadores/as en salud autónoma son las personas con ***cargo-responsabilidad*** de educar en salud en su región y zona autónoma, han sido elegidos como educadores en salud con el compromiso social y político de haber sido nombrados en asamblea. Son hombres y mujeres que coordinan y organizar los cursos-taller para formar a otros promotores/as de salud, son quienes acompañan en el proceso teórico-práctico de dicha formación y, algunas veces, coordinan los trabajos de salud a nivel municipal o regional para el funcionamiento de la red de salud local (Casas de Salud y Clínicas Centrales) parte del SSAZ. Cada curso-taller es planeado y organizado en coordinación con las autoridades autónomas a quienes se les rinde cuenta sobre lo acontecido al igual que a las comunidades donde se realizan los trabajos de manera local.

Además pueden colaborar con maestros/as médicos/as tradicionales en los talleres de formación donde se preparan a otros/as médicos/as para ejercer la medicina tradicional, principalmente en la formación de parteras autónomas que, en su caso, son acompañadas por las capacitadoras de salud sexual y reproductiva.

Estos multiplicadores/as como pueden ser de salud, educación, comunicación, agroecología o derechos humanos y son promotores/as autónomos que, después de años de

servicio en sus comunidades han destacado por su trabajo, responsabilidad, compromiso y dedicación; además que han logrado permanecer y continuar con el *cargo* comunitario siempre difícil debido a las condiciones sociales –lucha constante de las mujeres por abrir espacios de participación social y política-, económicas –algunas comunidades y regiones apoyan a su promotor/a de salud y otros/as tienen que solventar sus gastos tanto personales como familiares-, políticas –de lucha y resistencia contra la intervención del Estado mexicano a través de programas sociales- y militares –de guerra: hostigamiento y agresión militar y paramilitar- en que se viven.

Son quienes han transgredido el concepto de origen de la palabra *promotor* al ser considerado éste como instrumentador del *cambio cultural* mediante el impulso de los programas sociales gubernamentales, concepto central de las políticas indigenistas del entonces INI hoy CDI; asunto desobedecido, pues el ser promotor de salud hoy se sitúa como un trabajo o cargo comunitario que alimenta un proceso autonómico en construcción. Transgresión que permite al personal de salud autónomo acercarse a todo aquel conocimiento considerado necesario para la reproducción y desarrollo de la vida en marco de la construcción de la Autonomía Zapatista. Son ellos y ellas quienes tienen en sus manos la educación en salud en zonas autónomas, son quienes comparten y hacen uso de esos *conocimientos necesarios* para responder a las necesidades médicas en su espacio de movilidad con el fin de resolver –en tiempo y forma- los problemas locales de salud y, a su vez, como elemento importante para la permanencia y continuidad de la autonomía regional zapatista.

Los multiplicadores/as de salud o capacitadores/as son quienes se preparan en el andar mismo de la *Organización*, su formación es amplia y continua, se forman políticamente en: salud, educación, técnicas agrícolas de desarrollo sustentable, entre otras cosas; y son formados por personas externas a la dinámica socio-cultural de los pueblos y regiones, por individuos, colectivos u ONG's que apoyan la lucha y resistencia autonómica, como es el caso de SADEC. En su proceso formativo reconocen los conocimientos y saberes tradicionales como re-valoración de su cultura y son colocados como parte importante o como centro de procesos de enseñanza y aprendizaje.



En salud van profundizando, especializando y diversificando su preparación, la cual, comparten con sus iguales; y en educación retoman y practican metodologías educativas que *re-construyen* y combinan con otros modos de vivir la educación.

Por el compromiso social y político que implica intervenir en la formación de este personal consideramos que SADEC, en el campo de lo educativo, puede construir con ellos/as otras formas de hacer y pensar la educación más allá de su aspecto meramente metodológico, de instrumentación didáctica -compartir cartas descriptivas o dinámicas de participación- sino el de colaborar en la problematización de la educación que se ejerce y la que se quiere según los fines educativos, espacios, tiempos y sujetos educativos y pedagógicos que se formen y el contexto en que se sitúa, en marco de la emergencia de prácticas interculturales en salud y educación. Donde se vaya desarrollando la conciencia crítica del proceso formativo del que se es parte, la metodología, los contenidos (conocimientos interculturales) y los sujetos y prácticas pedagógicas que se configuran.

Nosotros como sujetos externos a la dinámica socio-cultural de las comunidades autónomas necesitamos aprender de esa otra forma de hacer y pensar la educación, la cual configura sujetos (el sujeto autonómico y pedagógico) y prácticas sociales –ejercicio de la salud intercultural- en la que se construye otra forma de *estar-siendo*, donde los pueblos han tomado la palabra, donde la palabra es existencia, donde la palabra que se toma ya no se deja, eso es lo que nos ofrece y comparte la lucha étnico-política del EZLN y de quienes la alimentan, sostienen y dan sentido.

### **5.5 Nuestro tema de llegada: la Educación Autónoma, un campo en construcción**

Pensar la educación que se construye en marco de la lucha y el ejercicio de las autonomías nos lleva a situarnos en las prácticas y discursos de quienes la ejercen, la construcción de su proceder metodológico, los espacios, tiempos y sujetos que configura. Nuestro tema de partida y sujeto de investigación permitieron aproximarnos al debate en torno la educación autónoma zapatista como espacio en construcción.

Consideramos que la educación autónoma zapatista fue cobrando existencia en el momento en que se decidió ejercer *de facto* la autonomía, en primer momento como

organización municipal y, posteriormente, en su configuración regional: la Zona Selva Fronteriza, la zona Tzotz Choj, la Zona Norte, la Zona de los Altos y la Zona Selva Tzeltal.

Autonomía que se ha ido configurando en cada rincón, en cada espacio comunitario donde emerge como necesidad el desarrollo, la permanencia y la reproducción de la vida de los pueblos indígenas. La decisión de caminar esta forma de vida implicó formar a los sujetos que la alimentaran y le dieran sentido y continuidad, de ahí que fuera importante la educación de los sujetos autonómicos quienes con conciencia crítica y política han posibilitado la permanencia, continuidad y desarrollo de la lucha autonómica, una lucha y resistencia constante al no ser reconocida jurídicamente por el Estado mexicano.

Las bases de apoyo zapatistas fueron preparándose para dar continuidad a la lucha e ir construyendo a largo plazo el proyecto elegido, hoy forma de vida. Son los pueblos quienes deciden qué se quiere, cómo y por qué se construye. Caminó que se vive con resistencia, lucha y solidaridad con Otros y Otras que también luchan y se organizan en contra de un sistema de dominación.

SADEC es una de esas organizaciones que decidió colaborar y ser actor y no espectador de la problemática social. Su experiencia anterior en el estado y su trabajo posterior en colaboración con la organización zapatista le permitió abrir espacios de participación y apoyar en la construcción de la autonomía contribuyendo, de alguna manera, en la configuración de lo que hoy se conoce como SSAZ.

La preparación de bases de apoyo en asuntos de trabajo comunitario: salud, educación, derechos humanos, comunicación..., surge en primer momento como emergencia ante el contexto de guerra que se vive en las comunidades y zonas zapatistas; posteriormente se vuelve hacia un trabajo progresivo y a largo plazo donde se mira hacia un horizonte de vida autonómica; donde *la educación autónoma*:

Ⓢ *va construyendo caminos de aprendizaje* donde tod@s aprenden los trabajos necesarios para la autonomía, donde sólo se necesita de la disposición, el compromiso social y político, la resistencia, lucha y trabajo constante,

Ⓢ *donde las mujeres zapatistas (bases de apoyo y autoridades políticas y militares) han marcado la diferencia en la propia lucha*, han enseñando al

movimiento zapatista otras formas de pensar y hacer la revolución en la revolución, una lucha constante donde se nada a contracorriente ante condiciones sociales, políticas, de género, económicas y de guerra que regulan su participación, motivo de autocrítica, enriquecimiento y reconocimiento en la organización zapatista. Falta mucho por caminar, son las propias mujeres las que están abriendo espacios de participación en la propia organización, una participación en todos los ámbitos sociales, políticos y de cargos militares.

☺ ***Es la que se vive día con día en todos los espacios socio-culturales y políticos contruidos***, en la dinámica comunitaria y organización autónoma (regional y de zona) y también la que se va configurando dentro de los distintos sistemas que dan vida y funcionalidad a la autonomía zapatista.

☺ En el sistema de educación autónoma ***la educación se va construyendo de la mano con los pueblos***, siendo ellos quienes deciden qué educación se quiere, con qué fines y propósitos, cuál será la estructura curricular y los contenidos de enseñanza-aprendizaje, los espacios y tiempos pedagógicos, donde las comunidades y autoridades autónomas consideran importante acompañar el proceso de formación del educador-educando y del educando-educador.

☺ ***Uno de sus principios es caminar preguntando, donde las comunidades son las rectoras de la labor ejercida.***

☺ ***Recoge los valores de los pueblos, desde los pequeños hasta los mayores y estimula el respeto a los mayores, a la naturaleza y a la humanidad.***

☺ ***Se educa con el ejemplo, haciendo los trabajos, respetando la composición comunitaria y colectiva, donde la salud pasa a manos del pueblo.***

☺ ***En el SSAZ la educación autónoma implica la educación en salud y para la salud, siendo la primera su columna vertebral***, donde es importante la preparación de promotores/as de salud autónomos, multiplicadores/as, parteras y otros/as médicos/as tradicionales de las comunidades, a la vez, de ir construyendo la infraestructura que le da materialidad a dicho sistema.

☺ ***La educación en salud ha sido parte importante en la educación de los jóvenes/as zapatistas, siendo los cargos o trabajos comunitarios y autónomos una opción de vida que ellos/as eligen.*** Los primeros promotores/as formados en la lucha (“viejos” promotores) son hoy los educadores en salud, encargados de educar a otros/as, personas que han nacido y crecido en esas comunidades, que conocen la dinámica social y de lucha política y de guerra, que hablan la lengua propia y alguna otra, son quienes se han reconocido en su ser histórico-político en su estar con Otros y con el mundo. La formación de estos trabajadores en salud estuvo enfocada primeramente a responder en situaciones de emergencia y de guerra preparándose en conocimientos de la medicina institucional; posteriormente, se han ido creando los mecanismos y las formas para retomar, valorar, desarrollar y permanecer los conocimientos médicos tradicionales y que éstos vayan tomando su lugar en el SSAZ en construcción. Además porque eso da

mayor seguridad y accesibilidad a los mecanismos de sanación y tratamientos terapéuticos que los que proporciona la medicina alópata.

☉ ***Dónde los conocimientos médicos forman parte de esos saberes apreciados que otorgan posibilidad de intervención social y política de todo el personal de salud autónoma.***

☉ Una ***educación autónoma en salud que implica el ejercicio de la salud comunitaria y preventiva***, más allá del saneamiento del medio, donde se va creando la infraestructura sanitaria acorde a la dinámica de la comunidad (los ojos de agua, con el acuerdo para su respeto, el trabajo colectivo para instalar la tubería del agua, el encierro de animales domésticos, el uso de letrinas) programas de salud como de vacunación o control prenatal, éste último si es solicitado por la mujer embarazada y su esposo o familia, pues se respeta la decisión de la compañera sobre quien quiere que *mire* su embarazo y parto.

☉ Donde ***el personal de salud autónoma interviene interculturalmente en salud***, ello por la necesidad de responder en tiempo y forma a los problemas locales de salud lo que depende de los medios disponibles para llevarlo a cabo.

☉ ***La educación autónoma es parte de una pedagogía en movimiento***, donde todos los sujetos involucrados en los movimientos socio-políticos y étnico-políticos como lo es el zapatista han aprendido y enseñado con conciencia crítica a partir del hacer y pensar en su relación dialéctica, es decir, a partir de la transformación social hacia la creación del mundo que se quiere donde el que *manda mande obedeciendo*. Esa es una de las apuestas por la cual personas-pueblo luchan con todo por la construcción de futuro.

Ese esfuerzo depende del compromiso de los pueblos, de crear su propia historia y de apostar todo por opciones de futuro. Ello con el apoyo de la sociedad civil, de individuos, colectivos y organizaciones nacionales e internacionales; de su resistencia y no aceptación de los programas oficiales del Estado y su lucha cotidiana contra su aparato de contrainsurgencia que busca negar física y culturalmente a los pueblos indígenas. Además de ir caminando con aprendizaje y enseñanzas la forma de vida elegida, cuidando la estructura autonómica construida: comunidades bases de apoyo, MAREZ y JBG.

La educación autónoma, vista como educación verdadera donde se cruzan la educación popular con raíces *freirianas* y la educación intercultural con la apropiación de los conocimientos necesarios para la lucha autonómica, es un campo en construcción donde los pueblos deciden, ejercen y mantienen su derecho como sujetos-pueblo donde a partir de

su reconocimiento de su ser histórico-político construyen horizontes de esperanza de un mundo más humano.

Esa es la pedagogía que en su *ser-estar* contemporáneo los pueblos indígenas nos comparten y que como mexicanos/as nos involucra en nuestro *estar-siendo* como mestizos, indígenas y afrodescendientes donde el conflicto histórico y de origen se encuentra presente. La lucha étnico-política de los pueblos indígenas también es la nuestra.

Esto es lo quisimos compartir esperando que quienes se hayan acercado a este *tejido-bordado* se hayan visto reflejados y que más que una enseñanza pueda abrir muchas otras posibilidades de aprendizajes.

### LIBROS

- Aguirre, G. (1994) [1955]. *Programas de Salud en la situación intercultural*. México: Universidad Veracruzana/Instituto Nacional Indigenista/Fondo de Cultura Económica.
- Ardoino, J. (2005). *Complejidad y formación. Pensar la educación desde una mirada epistemológica*. Buenos Aires: Novedades Educativas/Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires.
- Barreiro, J. (1984). *Educación Popular y proceso de concientización* (9ª ed.), México: Siglo XXI.
- Bartolomé, M. (2006) [1997]. *Gente de Costumbre y Gente de Razón. Las identidades étnicas en México* (3ª ed.), México: Siglo XXI.
- Beillerot, J. (1998). *La formación de formadores. Entre la teoría y la práctica*. Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas y Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires.
- Beltrán, M. (2000). *Perspectivas sociales y conocimiento*, Barcelona: Anthropos, UAM-Iztapalapa, pp. 146-173.
- Bertely, M. (2000). *Conociendo nuestras escuelas. Un acercamiento etnográfico a la cultura escolar*, México: Paidós.
- Bojalil, L. (2001). “El Sistema Modular de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Variaciones sobre un mismo tema”, en: Bojalil, L., Bravo, A., Cerón, E., Diego, R., Reyez, R. *El Sistema Modular. 25 años de experiencias educativas UAM-Xochimilco*, México: UAM-X, pp. 15-26.
- Bolaños, L. (1998). *Chiapas: Los indios de verdad*, México: EDAMEX.

- De la Peza, M. (2009). "El sistema modular, una visión crítica", en: Pérez, C. y Sancén, F. *Creación y recreación del sistema modular de la UAM-Xochimilco. Vivencias de una universidad abierta al tiempo. XXV Aniversario*, México: UAM-X, pp. 121-130.
- De Vos, J. (2002). *Una tierra para sembrar sueños. Historia reciente de la Selva Lacandona, 1950-2000*. México: CIESAS-FCE.
- Díaz Barriga, Á. (1997). *Didáctica y currículum*, México: Paidós.
- Díaz Polanco, H. (2006). *El laberinto de la identidad*, México: UNAM.
- y Sánchez, C. (2002) *México Diverso. El debate por la Autonomía Indígena*, México: Siglo XXI.
- Ducoing, P. (2005). "Prólogo sobre la obra y la gran obra" en: Medina, P. (coord.). *Voces emergentes de la docencia. Horizontes, trayectorias y formación profesional*, México: UPN-Miguel Ángel Porrúa, pp. 7-10.
- Frei, J. (2004). "Paulo Freire, ética y teología de la liberación" en: Araújo, A. (coord.). *La Pedagogía de la liberación en Paulo Freire*, Barcelona: GRAÓ, pp. 59-66.
- Freire, P. (1981) [1967] *La educación como la práctica de la libertad*, (28ª ed.), México: Siglo XXI.
- (2004). *El grito manso*, México: Siglo XXI.
- (2005) [1968]. *Pedagogía del oprimido*, (55ª ed.), México: Siglo XXI.
- (2007) [1969] *¿Extensión o comunicación? la concientización en el medio rural*, (26ª ed.), México: Siglo XXI.
- Freyermuth, G. (2003). *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó: género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. México: CIESAS/PORRÚA.

- García Ramírez, H. (1990). *Salud, conciencia y organización. Método de formación de promotores de salud*. México: Fomento Cultural Educativo, A. C./Centro de Reflexión Teológica, A. C.
- Gasparello, G. (2009). "Introducción". En: Gasparello, G. y Quintana, J. (coord.). *Otras geografías. Experiencias de autonomías indígenas en México*, México: UAM-X, pp. 23-29.
- Gomezjara, F. y Ávila, R. (1992). *Salud Comunitaria. Teoría y técnicas*, (2ª ed.), México: Porrúa.
- Honore, B. (1980). *Para una teoría de la formación. Dinámica de la formatividad*, España: Narcea.
- Leal, G. (2010) *¡Caracoles! Qué sistema de salud*, Serie Académicos CSB, (95), México: UAM-X.
- Lenkersdorf, C. (2004). *Conceptos tojolabales de filosofía y del altermundo*, México: Plaza y Valdés.
- (2005). *Filosofar en clave tojolabal*, México: Miguel Ángel Porrúa.
- (2006). "La maravilla de la lengua. Una comparación intercultural del tojolabal y el castellano", en: Bertely, M. (coord.). *Historias, saberes indígenas y nuevas etnicidades en la escuela*, México: La Casa Chata, pp. 269-286.
- (2008). *Aprender a Escuchar. Enseñanzas mayas tojolabales*, México: Plaza y Valdés.
- López y Rivas, G. (2004). *Autonomías. Democracia o contrainsurgencia*, México: Ediciones Era.



- McLaren, P. (2004). “Una pedagogía de la posibilidad: reflexiones sobre la política educativa de Paulo Freire. Homenaje póstumo”, en: Araújo, A. (coord.). *La Pedagogía de la liberación en Paulo Freire*. Barcelona: GRAÓ, pp. 151-165.
- Medina, P. (2003). “ONG y redes electrónicas en educación intercultural: prácticas y ámbitos en tensión”, en: Bertely, M. (coord.) (2003). *La investigación educativa en México 1992-2002. Educación derechos sociales y equidad. I* (3), México: COMIE, pp. 139-164.
- (coord.) (2007). *Nuestros calendarios y mapas cuentan nuestra historia. Tiempo y espacio: diálogo entre voces indígenas y escuela*, México: CONACYT-UPN y Castellanos editores.
- Muñoz, G. (2003). *20 y 10 el fuego y la palabra*. México: Demos-La Jornada.
- Page, J. (2002). *Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y Chiapas 1857-1995*. México: UNAM-UACH-IEI.
- Pérez, C., Sancén, F. (2009). *Creación y recreación del sistema modular de la UAM-Xochimilco. Vivencias de una universidad abierta al tiempo. XXXV Aniversario*. México: UAM-X.
- Reyes, M. (2002). “Líneas y estrategias prioritarias de la política social en Chiapas”, en: Reyes, M., y Burguete, A. (coord.). *La política social en Chiapas*. México: Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, pp. 21-49.
- Rojas, R. (1990). *Crisis, salud-enfermedad y práctica médica*. México: Plaza y Valdés.
- Ruiz, S. (1999). *Mi trabajo pastoral en la Diócesis de San Cristóbal de las Casas. Principios Teológicos*. México: Ediciones Paulinas.
- y Torner, C. (2003). *Cómo me convirtieron los indígenas*. España: Sal Terrae.

-----y Ortega M. (2005) *¿Quién debe educar y para qué? Educar para el individualismo o para la responsabilidad social*. México: Universidad Autónoma de Chapingo.

Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (2006), *Aportaciones al Documento. Bases Conceptuales y Sistema Modular. Una reflexión colectiva*, México: UAM-X.

Velasco, E. (2002). “La gestión social en la zona de conflicto: El Programa Cañadas 1995-1998”, en: Reyes, M. y Burguete, A. *La política social en Chiapas*. México: Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, pp. 235-274.

Villoro, L. (2002) [1982] *Crear, saber, conocer*, (15ª ed.), México: Siglo XXI.

Werner, D. (1980). *Donde no hay doctor. Un manual para campesinos. Una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos*, (4ª ed.), México: Pax-México.

Werner, D., Bower. B. (2010) [1990]. *Aprendiendo a promover la salud. Un libro de métodos, materiales e ideas para instructores que trabajan en la comunidad*. Estados Unidos: Hesperian.

## **PUBLICACIONES PERIÓDICAS**

Alquicira, E. (2008). “Atención de la salud materna. Otro disfraz de la guerra de baja intensidad en Chiapas”, en: *Gaceta Urbana*. (6-7), México: UAM-X, pp. 73-81.

CDI (2005). *Acciones de gobierno para el Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas. Informe 2003-2004*, México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

Chávez, J. (2008). “El Sistema de Salud Autónomo Zapatista. Un acercamiento a su política de salud”, en: *Gaceta Urbana*. (6-7), México: UAM-X, pp. 83-92.

- Fenner, J., y Palomo, D. (2008). "El archivo histórico del Centro Coordinador Tzeltal-Tzotzil de Chiapas. Memoria del laboratorio del indigenismo en México", en: *Desacatos*, (026), México: CIESAS, pp. 75-86.
- García López, J. (2008). "Grado de acceso geográfico a los servicios de salud", en: *La situación demográfica de México 2008*, México: CONAPO, pp. 21-29.
- Heredia, J. (2008). "Impacto de un proyecto de salud no gubernamental en dos microrregiones de Chiapas" en: *Gaceta Urbana*, no. 6-7, México: UAM-X, pp. 93-98.
- INEGI-Gobierno de Chiapas. (2010). *Anuario Estadístico Chiapas 2008*. Tomo I, México.
- INMUJERES. (2008). *Mortalidad materna y programas sociales 1997-2006*, cuaderno de trabajo, (7), México.
- López Silva, C. (1999). *Parteras y promotoras rurales de salud en la Selva de Chiapas* (Cuaderno de trabajo), (6), México: GIMTRAP.
- Menéndez, E. (1985). "Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina", en: *Nueva Antropología*. VII (28), México, pp. 11-27.
- OPS/OMS (2007). *Salud en las Américas. I-Regional, II-Países*, Washington: OPS/OMS, pp. 314-405, 525-544.
- Paoli, A. (2001). "Autonomía, conocimientos e ideales de la educación tzeltal", en: *Reencuentro*, No. 32, México: UAM-X, pp. 54-65.
- Ríos, V. (et al.) (2008). "Mortalidad materna en Chiapas" en: *Gaceta Urbana*. (6-7), México: UAM, pp. 4-6.
- Subcomandante Insurgente Marcos y Teniente Coronel Moisés. (2011). "Cómo se hacen los trabajos", I, II y III. En: *Rebeldía*, Año 9, (76), pp. 3-25.
- Ulate, J. y Benno de Keijzer (1985). "Sistemas de salud y participación popular: los casos de Nicaragua y México", en: *Nueva Antropología*. VII (28), México, pp. 153-170.

UNICEF. 2008. “Salud materna y neonatal”, en: *Estado Mundial de la Infancia 2009*, p. 119.

Vargas, A. (2010). “Comunidades indígenas, espacios para realizar la utopía: Luis Villoro”, en: *La Jornada*, 8 de octubre, p. 31.

## **TESIS**

Baronnet, B. (2009). *Autonomía y educación indígena: escuelas zapatistas de Las Cañadas de la Selva Lacandona de Chiapas* (Tesis de Doctorado en Sociología). México: El Colegio de México-Université Sobborne Nouvelle- PARIS III.

Campos-Navarro, R. (1996). *Legitimidad social y proceso de legalización de la medicina indígena en América Latina. Estudio en México y Bolivia* (Tesis de Doctorado en Antropología Física). México: UNAM/FFYL.

González Figueroa, G. (2002). *Sociedad civil, organismos civiles y movimientos populares en los Altos y Selva de Chiapas* (Tesis de Maestría en Desarrollo Rural). México: UAM-X.

González Serna, C. y Gamboa, R. (2010). *Utopías y realidades en Chiapas: reflexiones sobre la experiencia de vinculación de la UAM* (Tesis de Maestría en Desarrollo Rural). México: UAM.

Heredia, J. (2007a). *Salud y Desarrollo Comunitario. Estudio de caso: Marqués de Comillas, Chiapas* (Tesis de Maestría en Desarrollo Rural). México: UAM-X.

López Silva, C. (2005). *Luces y sombras del trabajo organizativo de las mujeres: experiencia de la casa de la mujer Ixim Antsetic* (Tesis de Maestría en Desarrollo Rural). México: UAM-X.

Matesanz, J. (1996). *Salud y sujeto social. Una experiencia de capacitación de promotores de salud comunitaria en la Sierra Alta de Hidalgo* (Tesis de Maestría en Desarrollo Rural). México: UAM-Xochimilco.

Padierna, M. (2008). *Educación y ciudadanía en los movimientos sociales: mujeres zapatistas* (Tesis de Doctorado en Pedagogía). México: UNAM.

## **VIDEOS**

Caracol IV Torbellino de Nuestras Palabras, PROMEDIOS. (2007). *El camino de la nueva salud*. Serie audiovisuales de los Caracoles, México.

Colectivo Arte, Música y Video (AMV). (2008). *Autonomía Zapatista: otro mundo es posible*. México.

ZZ-Colectivo. (2007). *La Rebelión de la Dignidad*. México.

## **AUDIO**

Dussel, E. (2011) Conferencia Magistral: Paulo Freire, en: *Pedagogía Revolucionaria. En conmemoración y homenaje a Paulo Freire*, México: UPN, 23 de mayo, 2011.

## **PÁGINAS ELECTRÓNICAS Y TEXTOS EN LÍNEA**

Amoroz, I. (2011). “El derecho a la salud en comunidades indígenas del estado del Chiapas”, en: *Revista Pueblos y fronteras digital*, 6 (11), México: UNAM, pp. 8-37, consultado en junio de 2011, disponible en: [http://www.pueblosyfronteras.unam.mx/a11n11/art\\_01.html](http://www.pueblosyfronteras.unam.mx/a11n11/art_01.html)

Bellinghausen, H. (2004). “Presencia internacional en hospital-escuela chiapaneco”, en: *La Jornada* (Política), 31 de octubre, consultado en enero de 2011, disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2004/10/31/011n1pol.php?origen=politica.php&fly=1>

----- (2009). “Avanza el zapatismo en el frente de la salud”, en: *La Jornada* (Política), 26 de febrero, p. 16, consultado en enero de 2011, disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2009/02/26/politica/016n1pol>

Cámara de Diputados. (2011). *Ley General de Salud*, consultada en julio 2011, disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>

Campos-Navarro, R. (2007). Las políticas públicas y la salud intercultural en el marco de los derechos humanos e indígenas en América Latina. En: *Pueblos Indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?* (Seminario-Taller). Santiago de Chile: CEPAL. Texto en línea, consultado en noviembre de 2010, disponible en: <http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/8/29208/RCamposD.pdf>

Castellanos L., Pérez. M. (1994). “No nos dejen solas: Entrevista con la comandanta Ramona y la Mayor Ana María”, en: *Doble Jornada*, marzo 7, consultado en junio 2011, disponible en: [http://www.profesionalespcm.org/\\_php/MuestraArticulo2.php?id=5058](http://www.profesionalespcm.org/_php/MuestraArticulo2.php?id=5058)

CCRI-CG-EZLN (2005) *Sexta Declaración de la Selva Lacandona*, consultada en noviembre de 2010, disponible en: <http://palabra.ezln.org.mx/>

CEIEG/Gobierno del estado de Chiapas (n. d.), Mapas Municipales. Mapas Regionales, consultado en agosto de 2011, disponible en: <http://www.ceieg.chiapas.gob.mx>

Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica del Estado de Chiapas. (2011), consultado en junio 2011, disponible en: <http://www.ceieg.chiapas.gob.mx/home/?p=3702>

CONAPO. (2006). *Índices de marginación 2005*, consultado mayo 2011, disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/margina2005/IM2005\\_principal.pdf](http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/margina2005/IM2005_principal.pdf).

Díaz Echeverría, D. (2006). *Mortalidad materna. Una tarea inconclusa*, México: Fundar/ Centro de Análisis e Investigación, A. C., publicación en línea, consultado en junio 2011, disponible en: [http://www.ossyr.org.ar/pdf/propuestas\\_reduccion/MM\\_fundar.pdf](http://www.ossyr.org.ar/pdf/propuestas_reduccion/MM_fundar.pdf)

Diplomado Salud Colectiva. *Declaración de Moisés Gandhi*, consultado en enero de 2010, disponible en: <http://diplomadosaludcolectiva.blogspot.com/>

----- “Declaración tzotzil sobre salud”. *Segundo Diplomado: Determinantes Sociales y Políticas en Salud*. Primer módulo: Determinantes Sociales y Derechos Humanos. 2008. Blogspot. Consultado en enero de 2011. Disponible en: <http://diplomadosaludcolectiva.blogspot.com/>

Ducoing, P. (2007). “Una lectura sobre las políticas y estrategias de formación de maestros” (Ponencia. Procesos de Formación). En: *IX Congreso Nacional de Investigación Educativa*. México: Consejo Mexicano de Investigación Educativa, A. C. /Facultad de Educación, Universidad Autónoma de Yucatán, consultado en agosto de 2011, texto en línea, disponible en: <http://www.comie.org.mx/congreso/memoria/v9/ponencias/at15/PRE1178596775.pdf>

El Fuego y la Palabra, Blogspot (n.d.), “La medicina en los Municipios Autónomos Zapatistas”, publicado el 6 de noviembre de 2010, consultado en agosto de 2011, disponible en: <http://solidaridadconchiapasvzla.blogspot.com/2010/11/la-medicina-en-los-municipios-autonomos.html>

Fomento Cultural y Educativo, A. C. Página web: Acción social de los jesuitas. (n. d.), consultado en diciembre de 2010, disponible en: <http://www.sjsocial.org/fomento/proyectos/plantilla.php?texto=selva>

Freyermuth, G. (coord.). (2010). *La muerte materna tiene rostro. Indicadores*. México: Observatorio de Mortalidad Materna/ CIESAS/OPS/UNFPA, consultado en mayo de 2011, disponible en: [http://elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx/sites/default/files/indicadores\\_la\\_m\\_m\\_tiene\\_rostro.pdf](http://elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx/sites/default/files/indicadores_la_m_m_tiene_rostro.pdf)

Gobierno del estado de Chiapas (2011). *Periódico Oficial*, (299), Chiapas, consultado en agosto de 2011, disponible en:

[http://www.ceieg.chiapas.gob.mx/home/wpcontent/uploads/downloads/2011/05/Periodico\\_Oficial\\_299-11052011.pdf](http://www.ceieg.chiapas.gob.mx/home/wpcontent/uploads/downloads/2011/05/Periodico_Oficial_299-11052011.pdf)

Gutiérrez, E. (2007). “Caracoles zapatistas: 13 años de lucha, 13 sueños de pie”, en: *Reseña del Segundo Encuentro de los pueblos zapatistas con los pueblos del mundo*, consultado en diciembre de 2010, disponible en: <http://divergences.be>

Halbwachs, M. (1995). “Memoria colectiva y memoria histórica”, en: *REIS. Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (69), 209-219. Fundación de la Dialnet, Universidad de la Rioja. (2011), consultado en mayo 2011, disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=758929>.

Heredia, J. (2007b). *Salud y Autonomía: el caso Chiapas* (Texto en línea), consultado en noviembre de 2010, disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/autonomy\\_mexico\\_2007\\_es.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/autonomy_mexico_2007_es.pdf)

Instituto Nacional de Salud Pública, 14 Congreso de Investigación en Salud Pública. (2011). La mortalidad materna en México. Comunicado de Prensa. No. 58, consultado mayo 2011, disponible en: <http://www.congisp2011.org/prensa/docs/comunicados/280111.pdf>

Instituto para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. Secretaría de Gobernación. *Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México. Estado de Chiapas*. 2010, consultado en agosto 2011, disponible en: [http://www.inafed.gob.mx/wb2/ELOCAL/EMM\\_chiapas](http://www.inafed.gob.mx/wb2/ELOCAL/EMM_chiapas).

INEGI (2011a). *Censo de Población y Vivienda 2010*, consultado en junio 2011, disponible en: <http://www.inegi.org.mx>

INEGI (2011b). *Panorama sociodemográfico de México* (Texto en línea), consultado en junio 2011, disponible en: <http://www.inegi.org.mx>



INEGI. (2011c). *México en cifras*, consultado en enero 2011, disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras>.

Juárez, F., J. L. Palma, S. Singh y A. Bankole. (2010). *Barreras para la Maternidad Segura en México*, Nueva York: Guttmacher Institute, consultado en mayo de 2011, disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/Maternidad-Segura-Mexico.pdf>.

Ley General de Salud. (2010) [1984], consultada en noviembre de 2010, disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>

Mendoza, V. (2010). *Teología india y movimientos antisistémicos. Fuentes de esperanza para construir otro mundo posible* (Texto en línea), Colombia: Bogotá, Instituto Teológico-Pastoral para América Latina (ITEPAL), consultado en marzo de 2011, disponible en: <http://www.cenami.org.mx>

ONU. (n.d). *Podemos erradicar la pobreza 2015. Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Portal de la labor del Sistema de las Naciones Unidas sobre los objetivos del desarrollo del Milenio, consultado en junio 2011, disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/global.shtml>.

Observatorio de Mortalidad Materna en México. *Índices de Mortalidad Materna 2009*. 2011. Consultado en junio 2011. Disponible en: <http://www.omm.org.mx/index.php/numeralia-2009.html>

Paget-Clarke, N. (2005). *Una universidad sin zapatos. Sistema Indígena Intercultural de Educación no Formal*. Entrevista a Raymundo Sánchez Barraza. México: San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, consultado en diciembre de 2010. In motion magazine. (1995-2011), disponible en: [http://www.inmotionmagazine.com/global/rsb\\_int\\_esp.html](http://www.inmotionmagazine.com/global/rsb_int_esp.html)

PIIDHCH. 2010. Página web: <http://desarrollohumano.xoc.uam.mx>, consultado en marzo 2010.

Programa Sectorial de Salud 2007-2012. *Diario Oficial* (17 enero de 2008), pp. 1-15, consultado en abril de 2011, disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/pro170108.pdf>

Radio Zapatista (n. d.), consultado en diciembre de 2010, disponible en: [http://www.radiozapatista.org/IIEncuentro/oventic\\_salud\\_areas.htm](http://www.radiozapatista.org/IIEncuentro/oventic_salud_areas.htm)

Red Internacional de Mujeres: Lilla. (2009). *Las Luchas por los Derechos de las Mujeres en Chiapas: Un Directorio de Organizaciones Sociales que Trabajan a Favor de las Chiapanecas*, consultado en abril de 2011, disponible en: <http://redlilla.files.wordpress.com/2009/09/red-lilla-directorio-color-v2-mapas-indice-lugares.pdf>

SADEC, A.C. 2011. *Quiénes somos*. Página web, consultada en abril de 2011, disponible en: <http://www.sadec.org.mx>

SIPAZ, Servicio Internacional para la Paz. (2011). Chiapas en Datos. Pueblos indígenas. Educación, consultado en mayo 2011, disponible en: [http://www.sipaz.org/data/chis\\_es\\_02.htm#EDUCACION](http://www.sipaz.org/data/chis_es_02.htm#EDUCACION)

Subcomandante Insurgente Marcos (2003). “Palabras por el nacimiento de las Juntas de Buen Gobierno”, en: *Enlace Zapatista* (2011). Comunicados EZLN 1994-2005, consultado en agosto 2011, disponible en: <http://palabra.ezln.org.mx>

Valera, G. (2001). “Escuela, alteridad y experiencias de sí. La producción pedagógica del sujeto”, en: *Educare*. 5 (13), Venezuela: Universidad de los Andes, Mérida, pp. 25-29. Texto en línea, consultado en abril de 2011, disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/356/35601306.pdf>

Vogliotti, A., y Macchiarola, V. (2003). Teorías implícitas, innovación educativa y formación profesional de docentes (Ponencia). En: *Congreso Latinoamericano de Educación Superior*. Argentina: Universidad de San Luis, Argentina. Texto en línea, consultado en febrero de 2011, disponible en:

[http://conedsup.unsl.edu.ar/Download\\_trabajos/Trabajos/Eje\\_6\\_Procesos\\_Formac\\_Grado\\_PostG\\_Distancia/Vogliotti%20y%20Otros.PDF](http://conedsup.unsl.edu.ar/Download_trabajos/Trabajos/Eje_6_Procesos_Formac_Grado_PostG_Distancia/Vogliotti%20y%20Otros.PDF)

## Anexo 1

### Declaración tzotzil sobre salud\*

(Documento)

#### San Cristóbal de las Casas, Chiapas, 1974<sup>1</sup>

Entre los días 12 y 16 de octubre de 1974 se celebró el I Congreso Indígena “Fray Bartolomé de las Casas”, organizado por el comité del mismo nombre, en San Cristóbal de las Casas, Edo. De Chiapas.

Aproximadamente unos mil quinientos indígenas de cuatro grupos étnicos de los Altos de Chiapas (tzotziles, ch’oles, tojolabales y tzeltales), discutieron con el gobernador del estado cuatro temas esenciales para su supervivencia, ya de por sí precaria: tierra, comercio, educación y salud.

Reproducimos a continuación la ponencia sobre salud presentada por Pedro Juárez, integrante de la delegación tzotzil al Congreso.

Ponencia tzotzil sobre salud:

Nos sentimos en una situación difícil.

Por un lado la medicina tradicional de yerbas y por otro la medicina de los doctores. Vamos a presentar nuestro problema examinando estos dos temas.

#### *Medicina del doctor*

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, no hay comunicación posible con el doctor; y así aunque sea muy buen médico no nos puede curar. Por eso no les tenemos confianza. Asimismo las enfermeras nos tratan como si fuéramos cosas. Por eso para nosotros la medicina del doctor es como si no existiera.

Los programas de salud no son realistas, pues no conocen nuestra costumbre y nunca tienen en cuenta la medicina de las yerbas. Un programa muy bien pensando que no lo lleva a efecto el personal preparado es inútil. Ni los médicos ni las enfermeras se preparan para tratar con nosotros. Si nos enfermamos somos de segunda categoría.

---

<sup>1</sup> Tomada del libro *La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional de México*, Xavier

Además la medicina es muy cara. Es un negocio. A veces solo tenemos dinero para pagar la ficha, pero no para la medicina. Se nos vende la medicina mala o ya pasada que es ineficaz. Por eso nosotros no confiamos en la medicina de los doctores.

### *Medicina de yerbas*

La medicina de yerbas es buena, pero no basta para combatir siempre las epidemias. Sabemos que de las yerbas sacan pastillas; pero nadie estudia nuestras yerbas para que nos digan cuáles son buenas y para qué.

De entre nosotros solamente unos pocos conocen las yerbas y no dan a conocer sus secretos. Pero la medicina de yerbas es buena y su modo de aplicar, sólo que hay abusos que nadie corrige.

### *Soluciones*

Que haya un comité de salud en la misma comunidad, que vigile, 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 se oriente a los indígenas sobre higiene y medicina preventiva para que se acabe el miedo.

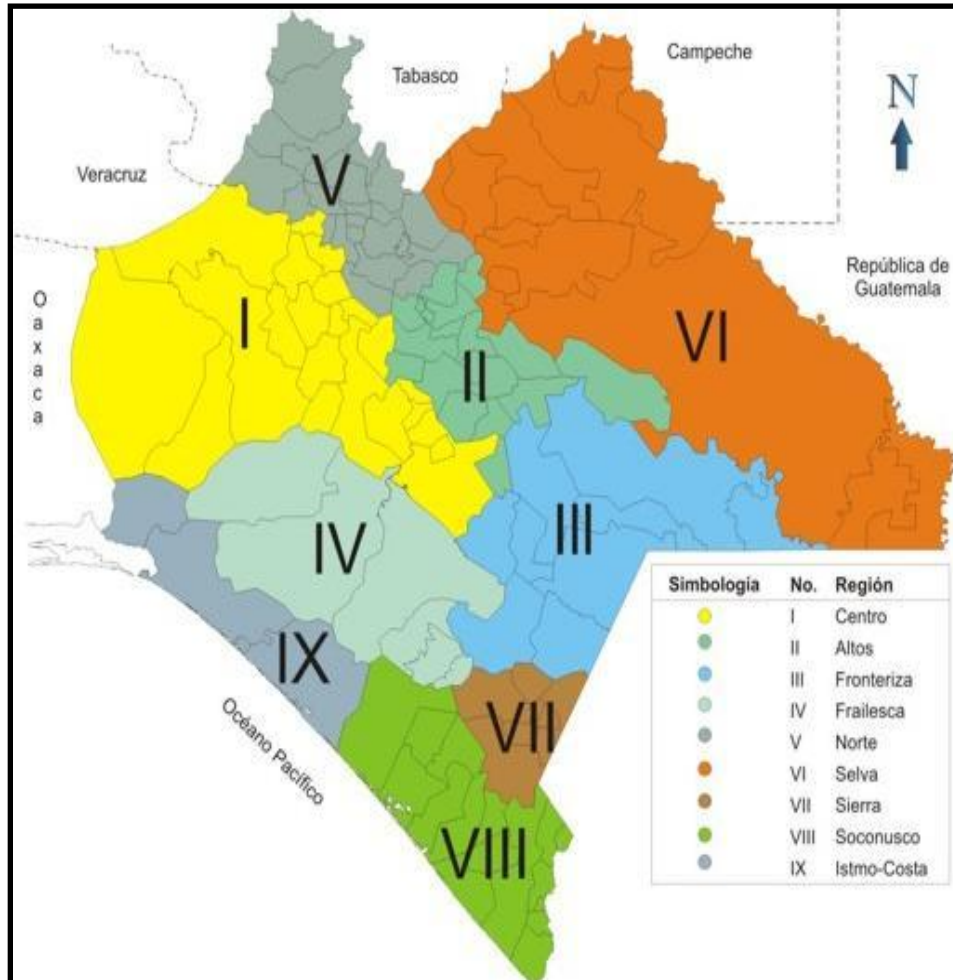
Que haya preparación de enfermeros indígenas y que no se les inculquen prejuicios contra la medicina indígena. Que se estudie el modo de integrar ambas medicinas con la colaboración de curanderos tradicionales.

Hacer una investigación seria de la medicina indígena y que la conozcan los doctores [sic]. Que los doctores nos traten como gentes y aprendan nuestra lengua.

\*Fuente: Diplomado Salud Colectiva Chiapas. "Declaración tzotzil sobre salud". Segundo Diplomado: Determinantes Sociales y Políticas en Salud. Primer módulo: Determinantes Sociales y Derechos Humanos. 2008. Blogspot. Consultado en enero de 2011. Disponible en: <http://diplomadosaludcolectiva.blogspot.com/>

## Anexo 2

### MAPAS DEL ESTADO DIVISIÓN ECONÓMICA\*



Mapa 1

\*Los 118 municipios que conforman al estado de Chiapas, según el Instituto para el Federalismo y el Desarrollo Municipal de la Secretaría de Gobernación (2010), se agrupan en nueve regiones económicas (Mapa 1). Modelo administrativo que se construyó a principios de los 80's cuyo propósito fue establecer nueve polos de desarrollo que promovieran una planeación a partir de la descentralización [Disponible en: [http://www.inafed.gob.mx/wb2/ELOCAL/EMM\\_chiapas](http://www.inafed.gob.mx/wb2/ELOCAL/EMM_chiapas)]. Sin embargo el gobierno del estado de Chiapas presenta en 2011 (Mapa 2) una regionalización económica distinta. Donde sus municipios quedan divididos en 15 regiones; de las cuales, lo que correspondía a la región VI, Región Selva Lacandona, de la división anterior, ahora se presenta como tres regiones distintas: Selva Lacandona, Maya y Tulum-Tzeltal-Chol [Véase: [http://www.ceieg.chiapas.gob.mx/home/wp-content/uploads/2010/10/CARTA2010/CARTA\\_2010.pdf](http://www.ceieg.chiapas.gob.mx/home/wp-content/uploads/2010/10/CARTA2010/CARTA_2010.pdf). Consultado en mayo 2011].

# REGIONES ECONÓMICAS



Mapa 2

**Secretaría General de Gobierno  
Dirección de Asuntos Jurídicos  
Departamento de Gobernación**

**Decreto Número 210**

**Juan Sábines Guerrero, Gobernador del Estado de Chiapas, a sus habitantes hace saber: Que la Honorable Sexagésima Cuarta Legislatura del Congreso del Estado, se ha servido dirigir al Ejecutivo a su cargo el siguiente:**

**Decreto Número 210**

**La Honorable Sexagésima Cuarta Legislatura Constitucional del Estado Libre y Soberano de Chiapas, en uso de las facultades que le concede la Constitución Política local; y,**

**C o n s i d e r a n d o**

Que la fracción I del artículo 29, de la Constitución Política local, faculta al Honorable Congreso del Estado, legislar en las materias que no estén reservadas al Congreso de la Unión, así como en aquéllas en que existan facultades concurrentes, conforme a leyes federales.

Una de las prioridades de la presente administración es la de mantener en constante revisión y análisis, así como adecuación integral del marco jurídico que regula la actuación de la Administración Pública Estatal, con la finalidad de optimizar las responsabilidades y competencias que a través de las Dependencias corresponden al Poder Ejecutivo del Estado, congruente con la realidad de la Entidad y con el firme propósito de satisfacer eficaz y eficientemente las demandas de la ciudadanía chiapaneca.

En ese tenor, y con el propósito de alcanzar la plena modernización de la Administración Pública del Estado, el Ejecutivo del Estado ha promovido ante el Honorable Congreso local, diversas reformas a la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Chiapas, las cuales han sido aprobadas en su oportunidad por este Poder Legislativo, permitiendo con ello ir alcanzando mayor eficiencia en el ejercicio de las funciones y atención de las competencias de cada una de las Dependencias que forman parte de la misma.

Ahora bien, congruente con la finalidad de lograr dicha modernización, y de continuar promoviendo la mayor eficiencia de las Dependencias en el ejercicio de sus atribuciones, en beneficio de la población, resulta necesario adecuar nuevamente la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado.

Por otro lado, durante la presente administración se ha implementado el Programa Taxista Vigilante, mismo que en forma eficiente ha fungido como coadyuvante de las instancias estatales responsables de la seguridad pública en nuestra entidad, y que por tales circunstancias, también ha sido objeto de reconocimiento al formar parte del concurso Word Summit Award, iniciativa creada y auspiciada por la Organización de las Naciones Unidas, en el que fue galardonado en el ejercicio 2010.



En ese sentido, el presente decreto tiene como propósito otorgarle el realce que a este programa corresponde, por lo que resulta de gran importancia que se cree un órgano administrativo que se haga cargo de coordinar la integración y operatividad del citado programa, el cual deberá quedar adscrito a la Secretaría de la Función Pública del Ejecutivo del Estado.

En otro orden de ideas, y toda vez que el Instituto de Población y Ciudades Rurales es la instancia del Poder Ejecutivo del Estado, encargada de proponer las políticas, programas y acciones que en materia de población y ciudades rurales se establezcan en nuestra Entidad, es necesario fortalecer sus atribuciones para que en forma directa o a través de terceros, establezca y desarrolle programas tendentes a la construcción de villas y ciudades rurales en la Entidad, en aras de disminuir la dispersión de pequeñas poblaciones, y les permita el acceso a mejores servicios.

Con la finalidad de continuar mejorando las demandas sociales, se reordenan los municipios que integran las Regiones XII Selva Lacandona, XIII Maya, y XV Meseta Comiteca Tojolabal, que existen en nuestra Entidad, con la finalidad de optimizar la atención que la ciudadanía chiapaneca merece.

Por las anteriores consideraciones este Honorable Congreso del Estado, ha tenido a bien emitir el siguiente:

**Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Chiapas**

**Artículo Único.-** Se reforman las Regiones XII, XIII y XV, del párrafo cuarto del artículo 24; la fracción VI, del artículo 27; la fracción XLI, del artículo 30; la fracción XX, del artículo 35; y la fracción XXII, del artículo 45; y, se adicionan la fracción XLII, al artículo 30; la fracción XXI, al artículo 35; y la fracción XXIII, al artículo 45; todos de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Chiapas, para quedar redactados de la forma siguiente:

**Artículo 24.-** El Gobernador del Estado ...

Los titulares de las Entidades Públicas ...

En las regiones económicas del ...

En la Entidad, existirán quince regiones ...

Región I. Metropolitana a Región XI. Sierra Mariscal ...

**Región XII. Selva Lacandona**

Altamirano

Ocosingo

**Región XIII. Maya**

Benemérito de las Américas

Catazajá

La Libertad

**Marqués de Comillas**

Palenque

**Región XIV. Tulijá Tseltal Chol ...**

**Región XV. Meseta Comiteca Tojolabal**

Comitán de Domínguez

La Independencia

La Trinitaria

Las Margaritas

Tzimol

Las Rosas

**Maravilla Tenejapa**

La designación del Subsecretario de ...

**Artículo 27.-** Para el despacho de los asuntos ...

I. A la V. ...

VI. Secretaría de Medio Ambiente e Historia Natural.

VII. A la XX. ...

**Artículo 30.-** Al titular de la Secretaría de la Función...

I. A la XL. ...

**XLI.** Coordinar la integración y operación de los programas tecnológicos institucionales, inherentes al monitoreo y seguimiento de las solicitudes formuladas a través de dispositivos móviles de comunicación.

**XLII.** Los demás asuntos que le correspondan en términos de las leyes aplicables, su reglamento interior y los que le instruya el Titular del Ejecutivo del Estado.

**Artículo 35.-** Al Titular de la Secretaría del Campo ...

I. A la XIX. ...

- XX.** Coordinar, integrar, planear, administrar, operar y fortalecer la actividad forestal en el Estado, en materia de protección, conservación, restauración, desarrollo, fomento, diversificación productiva, transformación, industrialización y comercialización de los recursos forestales maderables y no maderables, así como de los servicios sistémicos.
- XXI.** Los demás asuntos que le correspondan en términos de las leyes aplicables, su reglamento interior y los que le instruya el Titular del Ejecutivo del Estado.

**Artículo 45.-** Al Titular del Instituto de Población...

I. A la XXI. ...

- XXII.** Establecer y ejecutar por sí o a través de terceros, acciones tendientes a la construcción de villas y ciudades rurales que coadyuven a erradicar la dispersión de pequeñas poblaciones en la Entidad.
- XXIII.** Las demás que le correspondan, en términos de las leyes aplicables, su Reglamento Interior y los que le instruya el Titular del Poder Ejecutivo.

**Transitorios**

**Artículo Primero.-** El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente su publicación en el Periódico Oficial del Estado.

**Artículo Segundo.-** Se derogan las disposiciones que se opongan al presente Decreto.

**Artículo Tercero.-** Las Dependencias normativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, llevarán a cabo de inmediato lo necesario para la creación de un órgano administrativo con nivel directivo, en la Secretaría de la Función Pública, a través del cual se hará cargo de coordinar la integración y operación de los Programas a que se refiere la fracción XLI, del artículo 30, de esta Ley, adecuando para tal efecto la estructura orgánica y funcional de dicha dependencia.

**Artículo Cuarto.-** El Titular de la Secretaría de la Función Pública, en un término no mayor de 90 días hábiles, contados a partir de la entrada en vigor del presente Decreto, someterá a consideración del Ejecutivo del Estado, las adecuaciones que al efecto requiera su Reglamento Interior, para su aprobación, expedición y publicación correspondiente.

El Ejecutivo del Estado, dispondrá se publique, circule y se dé el debido cumplimiento al presente Decreto.

**Dado** en el Salón de Sesiones del H. Congreso del Estado Libre y Soberano de Chiapas, en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; a los 06 días del mes de mayo del año dos mil once.-  
D. P. C. Juan Jesús Aquino Calvo.- D. S. C. Javín Guzmán Vilchis.- Rúbricas.

### Anexo 3

**Cuadro comparativo\***

	Población total (hab.)	Unidades Médicas del Sector Público	Personal médico Instituciones Públicas	Razón de habitantes por médico	Mortalidad infantil (< de 1 año x cada 1000 nacidos)	Grado de marginación
<b>México</b>	(2010) 112, 322, 757	21,334	181,639	Menos de un médico por 1000 hab. (2007)	21,7 (CONAPO 2005) 29 en el 2007**	
<b>Chiapas</b>	4, 293, 459	1,251	4,483		31.9	Muy Alto (2º lugar en el país)
Municipios						
<b>Chilón</b>	95, 907	20	52	1x 5 284 (hab)	31.31	Muy Alto
<b>Ocosingo***</b>	170, 280	101	142	1 x 1757	26.56	Muy Alto
<b>Palenque</b>	97, 991	20	116	1 x 5 225	20.73	Alto
<b>Sabanilla</b>	23, 675	5	18	1x 4 966	33.44	Muy Alto
<b>Tila</b>	63, 172	9	25	1x 7344	35.62	Muy Alto

\* Las localidades que forman parte de estos cinco municipios son en su mayoría poblaciones habitadas con menos de 2 500 personas y mayoritariamente hablantes de lengua indígena. Fuente: INEGI. (2011c). *México en cifras*, consultado en enero 2011, disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras>.

\*\*Fuente: UNICEF. 2008. “Salud materna y neonatal”, en: *Estado Mundial de la Infancia 2009*, p. 119.

\*\*\*Este municipio cuenta con la mayor extensión territorial de todos los municipios del estado.

**Anexo 4**

**GRUPO DE ENFERMEDADES POR SU CLASIFICACIÓN SOCIAL**  
(García Ramírez, 1990)

Causa Básica	Causa aparente	Enfermedad
<p align="center"><b>CONDICIONES DE VIDA</b></p>	<p>FALTA DE ALIMENTACIÓN ADECUADA</p>	<p><b>Desnutrición</b> <b>Anemia</b> <b>Vitaminas</b> <b>Raquitismo</b></p>
	<p>FALTA DE AGUA POTABLE Y SERVICIOS SANITARIOS</p>	<p><b>Diarrea</b> <b>Hepatitis</b> <b>Parásitos y lombrices</b> <b>Disentería bacteriana</b></p>
	<p>FALTA DE VIVIENDA Y ROPA ADECUADA</p>	<p><b>Gripe</b> <b>Asma</b> <b>Anginas</b> <b>Bronquitis</b></p>
	<p>FALTA DE AGUA Y ÚTILES DE ASEO</p>	<p><b>Sarna</b> <b>Piojos</b> <b>Insectos</b> <b>Muelas y dientes picados</b> <b>Mal de orín</b> <b>Flujo vaginal</b> <b>Impétigo</b> <b>Rozadura del pañal</b></p>
<p align="center"><b>TRABAJO</b></p>	<p>EXCESO DE TRABAJO</p>	<p><b>Reumas</b> <b>Dolores musculares</b> <b>Várices</b> <b>Fatiga crónica</b> <b>Envejecimiento prematuro</b></p>
	<p>ACCIDENTES Y RIESGO DE TRABAJO</p>	<p><b>Heridas</b> <b>Fracturas</b> <b>Quemaduras</b> <b>Picaduras</b> <b>Intoxicaciones</b> <b>Piel irritada por el Sol</b></p>
	<p>FALTA DE VACUNAS</p>	<p><b>Rabia</b> <b>Piojo</b> <b>Paperas</b> <b>Sarampión</b> <b>Tétanos</b> <b>Tosferina</b></p>
<p align="center"><b>FALTA DE ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA</b></p>	<p>FALTA DE SERVICIOS PÚBLICOS</p>	<p><b>Dengue</b> <b>Malaria</b> <b>Venéreas</b> <b>Iatrógenias</b> <b>Infección (pus) en los ojos</b></p>
	<p>FALTA DE CONCIENCIA</p>	<p><b>Alcoholismo</b> <b>Drogas</b> <b>Neurosis</b> <b>Tabaco</b> <b>Violencias</b></p>

## Anexo 5

### Sistema Indígena-Intercultural de Aprendizajes y Estudios:

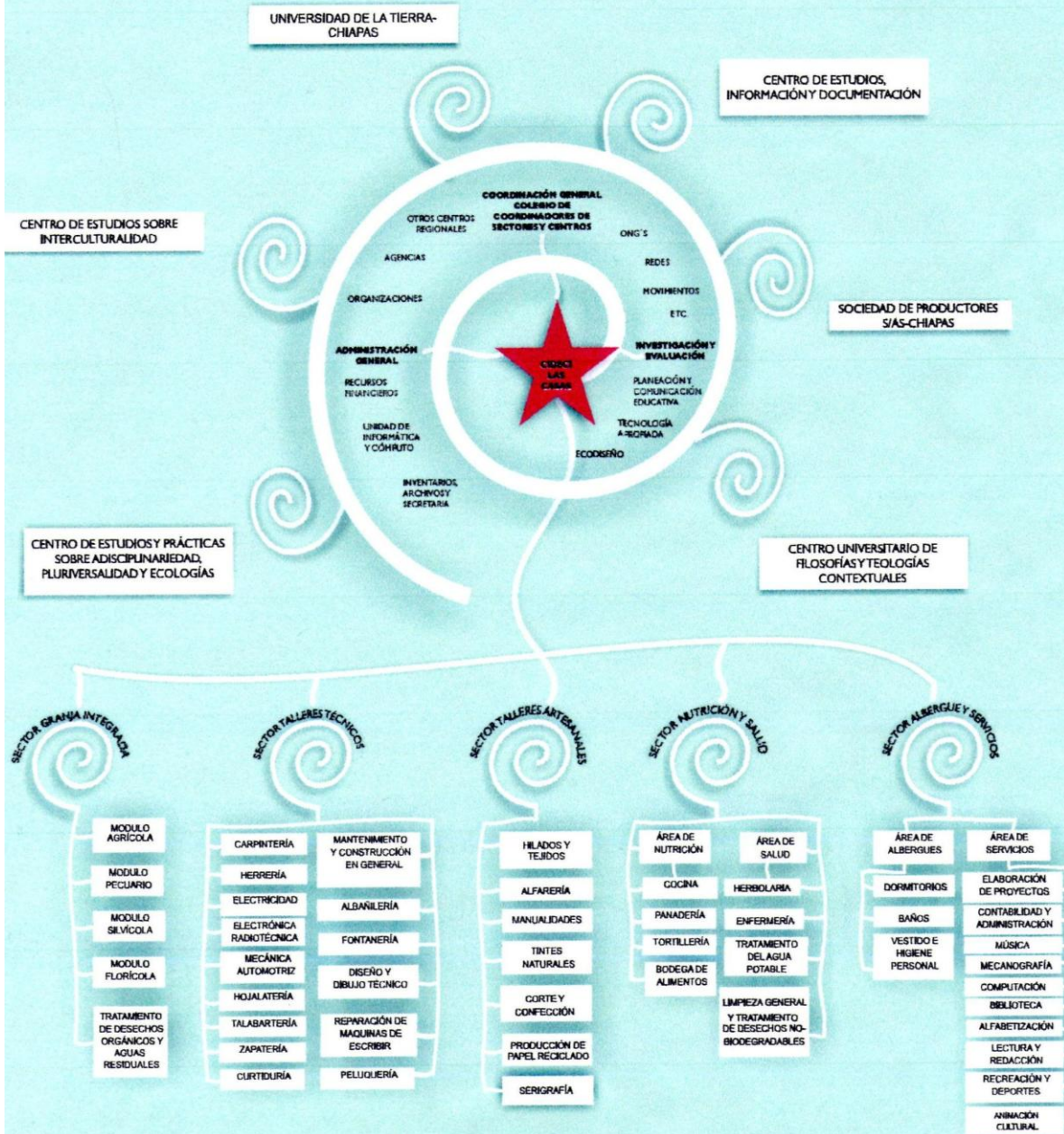
ABYA YALA “SCOTOL ANSETIK-VINIKETIK JA’ UTIK JCHANUB’  
TASBANEJUTIK, XCHU’ UC JSA’ BANEJUTIK TA SVENTA XCHAMBENAL” (SIIDAE-  
“ABYA YALA”)

- **Centro Indígena de Capacitación Integral** “YA J-YANTESTIK TE BALMILAL, JA’NAX MAYUC META TSAKEL STALEL YA’TEL AJUALILETIK” (**CIDECI Las Casas A. C.**) creado en diciembre de 1989.
- **Sociedad Cooperativa de Productores** “MILAKXICH JIÑI MY CH’UJBI” **Sistemas Integrados Agroecológicos, Producción, Capacitación y Asesoría en las Regiones Indígenas de Chiapas** (SIAS-Chiapas, scl) **VANDANA SHIVA**, creado en 1997.
- **Universidad de la Tierra-Chiapas** “YAJ K’ANTIK KUXLEJAL BALUMILAL” (UNITIERRA-CHIAPAS): **Ivan Illich**, que se constituyó en 2004. Interviniendo en áreas como: Agroecología, Derecho Autonómico, Arquitectura Vernácula, Hidrotopografía, Administración de Iniciativas y Proyectos Comunitarios/Colectivos, Electromecánica, Interculturalidad, Análisis de los Sistema-Mundo, Estudios de (Post) y (Des) colonialidad, Filosofías y Teologías Contextuales.
- **Centro de Estudios sobre Interculturalidad** “JUMP’EJ PANĀMIL BAKI MI MEJLEL TYI OCHEL KABĀL”: **R. PANNIKAR Y R. FORNET-BETANCOURT**, creado en 2004.
- **Centro de Estudios, Información y Documentación** “XKAK’ BATIK TULAN SOK SLEKIL XJACHEL K’OP” (Centro I. W.): **IMMANUEL WALLERSTEIN**.
- **Centro Universitario de Filosofías y Teologías Contextuales** “TAJ PASTIK YAN BALUMIL”: **SAMUEL RUÍZ GARCÍA** y la constitución del Seminario Permanente: (Post) y (Des) colonialidad del poder, del saber, del ser, formado en 2006.
- **Centro de Estudios y Prácticas sobre Adisciplinariedad, Pluriversalidad y Ecologías de Saberes, de Temporalidades, de Reconocimientos, de Lugares, de Producciones** “JUN BALUMILTI BU MU’YUK JNET’ UBANEJETIK, TIYAKUTIK SMELSTANEL TA OLON I TATZ’ETUBAL”: **Grupo (Des) Colonialidad LATIN/O/A AMERICA**, en 2006.
- **Centro de Producción Biotecnológica**: “LU JLAKCHA ĀNTYILAKPEJTYELEL, MAAN LAK CHAAN JOÑON LĀJ”: **M. GANDHI Y L. KOHR**, en junio de 2007 y
- **Centro de Información y Estudios Medio-Ambientales**: “JME’TIK BALUMIL”: In memoriam **DR. MARIO A. RAMOS OLMOS**, constituido en 2009.

Fuente: [http://www.inmotionmagazine.com/global/rsb\\_int\\_esp.html](http://www.inmotionmagazine.com/global/rsb_int_esp.html), consultado: diciembre 2010.

# ORGANIGRAMA

## ORGANIZACIÓN OPERATIVA GENERAL SISTEMA INDÍGENA - INTERCULTURAL DE APRENDIZAJES Y ESTUDIOS "ABYA YALA" (SIIDAE)



**Anexo 7**

**Cuadro Caracoles y Juntas de Buen Gobierno**

<b>Caracol</b>	<b>Zona territorial</b>	<b>Nombre Junta de Buen Gobierno</b>	<b>Nombre sede regional</b>	<b>Nombre de los Municipios Autónomos Rebeldes Zapatistas (MAREZ)</b>	<b>Grupos étnicos</b>
Madre de los Caracoles del Mar de Nuestros Sueños	Selva Fronteriza	Hacia la Esperanza	La Realidad	-General Emiliano Zapata -San Pedro de Michoacán -Libertad de los Pueblos Mayas -Tierra y Libertad	tseltales, tojolabales y mames
Resistencia y Rebeldía por la Humanidad	Altos de Chiapas	Corazón Céntrico de los Zapatistas delante del Mundo	Oventik	-San Andrés Sacamch'en de los Pobres -Santa Catarina San Juan de la Libertad -San Pedro Polhó -Magdalena de la Paz -16 de Febrero -San Juan Apóstol Cancuc	tsotsiles y tseltales
Torbellino de Nuestras Palabras	Tzots Choj	Corazón del Arcoíris de la Esperanza	Morelia	-17 de Noviembre -Lucio Cabañas -Comandanta Ramona	tseltales, tsotsiles y tojolabales
Resistencia Hacia un Nuevo Amanecer	Selva Tseltal	El Camino del Futuro	La Garrucha	-Ricardo Flores Magón -Francisco Gómez -San Manuel -Francisco Villa	tseltales, choles, tsotsiles y tojolabales
Que Habla para Todos	Norte de Chiapas	Nueva Semilla que va a Producir	Roberto Barrios	-Benito Juárez -El Trabajo -La Paz -Francisco Villa (II) -Akabalná -Vicente Guerrero -Rubén Jaramillo -El Campesino -La Dignidad	choles, tzeltales y zoques

Fuente: declaraciones públicas de los Consejos Autónomos (2005-2007) (Baronnet, 2009: 210).



## Anexo 8

### Reestructuración de la gestión en el Sistema de Salud Autónomo Zapatista

Estructuras Autónomas	Actores	Nivel de Participación
Comité de salud local	<p>Asamblea Popular Local Trabajadores de salud (Promotores de salud, vacunadores, promotoras de salud reproductiva)</p> <p>Servidores sociales o asesores en salud</p>	<p>Vigila, ratifica, sanciona o suspende la confianza en los promotores de salud y las intervenciones o propuestas de acción a nivel local.</p> <p>Vigila, ratifica, sanciona, suspende la colaboración de actores externos como servidores sociales o asesores de salud.</p> <p>Mantiene la consulta sistemática en cuestiones de salud locales.</p>
Coordinación Municipal de Salud	<p>Representantes de trabajadores de salud.</p> <p>Representantes de los comités de salud locales de cada comunidad del municipio</p> <p>Servidores sociales o asesores en salud</p>	<p>Vigila, ratifica, sanciona o suspende en los promotores de salud y las intervenciones o propuestas de acción a nivel municipal.</p> <p>Vigila, ratifica, sanciona o suspende la colaboración de actores externos como servidores sociales o asesores en salud a nivel municipal.</p> <p>Mantiene la consulta sistemática en cuestiones de salud Municipales.</p>
Comisión de Salud Regional	<p>Responsable en cuestiones de Salud de la Junta de Buen Gobierno, conformada por delegados (1 o 2) en cada municipio (Consejo Autónomo)</p> <p>Servidores sociales o asesores de salud</p>	<p>Apoya y coordina el <i>-mandar obedeciendo-</i> buen funcionamiento de las cuestiones de salud de los municipios autónomos, buscando su desarrollo de forma equitativa.</p> <p>Resolución y mediación de conflictos que involucren a varias regiones o municipios.</p> <p>Mantiene la consulta sistemática en cuestiones de salud Regionales.</p>
Caracol	<p>Sede de las Juntas de Buen Gobierno</p> <p>Instancia político-territorial</p> <p>Expresión de <i>-pensamientos, voluntades y acciones-</i> una cultura de resistencia y organización antisistémica</p>	<p>Marco regional de la política de desarrollo equitativa y de la organización colectiva del territorio.</p> <p>Espacio de diálogo entre municipios para compartir experiencias y trabajos distintos.</p> <p>Enlace para entrar a las comunidades indígenas zapatistas y para que estas salgan.</p>

Fuente: Chávez, 2008: 89.

## Anexo 9

### Salud y Desarrollo Comunitario, A. C.

16 años de trabajo con las comunidades autónomas y 27 años en la formación de personal en Salud Comunitaria.

<b>1984</b>	<p>Dos médicos llegan a dos comunidades de la región de Marqués de Comillas, empiezan a trabajar con la formación de personal en Salud Comunitaria.</p> <p>Nace la figura de promotor de salud, con el inicio del trabajo de formación, considerando el trabajo que se plantea en el libro <i>Donde no hay doctor</i> de David Warner.</p>
<b>1985- 1994</b>	<p><i>Programa de Salud Comunitaria de Marqués de Comillas</i>, programa que sustenta todo el trabajo de SADEC. Programa desarrollado con recursos indigenistas a través del Departamento de Bienestar Social del Centro Coordinador Indigenista de Santo Domingo, perteneciente al Instituto Nacional Indigenista<sup>2</sup>.</p> <p>Se trabaja en la formación de promotores/as de salud, parteras y multiplicadores.</p> <p>Se crea red de salud: Casas de Salud, desde la población, cuatro Centros de Salud en coordinación con el INI, se impulsó la creación de un hospital de segundo nivel, el de Benemérito, farmacias comunitarias y una bodega para el medicamento.</p>
<b>1988</b>	<p>Se consigue becas para promotores/as de salud y parteras financiadas por el INI. Cada 6 meses la comunidad tenía que entregar al promotor una carta de ratificación de su nombramiento para que éste pudiera recibir el apoyo.</p>
<b>1989</b>	<p>Se inicia organización en salud, Casas de Salud y responsables como Comités de Salud.</p> <p>Se forma Consejo Coordinador, la asamblea pasa a ser el espacio de toma de decisiones. Se trabaja con pasantes en servicio social en coordinación con la UAM-X.</p>
<b>1990</b>	<p>Se trabaja con un grupo de 45, 50 promotores de salud y 30 parteras en la región.</p>
<b>1991</b>	<p>Se lleva el programa al valle de Santo Domingo.</p>
<b>1993</b>	<p>Se lleva el programa a 5 subregiones de Las Cañadas en más de 100</p>

---

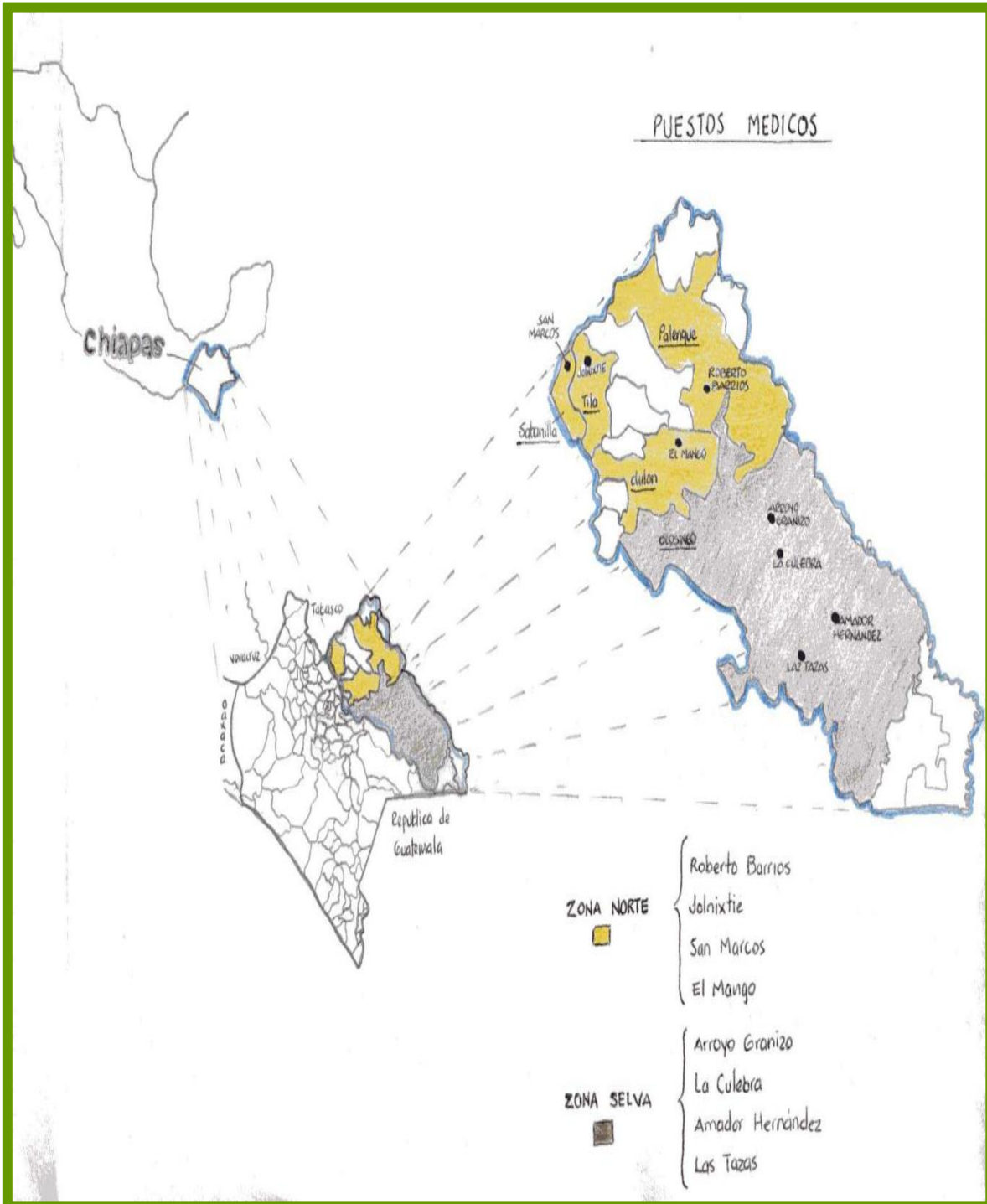
<sup>2</sup> López Silva, María Concepción (2005) *Luces y sombras del trabajo organizativo de las mujeres: experiencia de la casa de la mujer Ixim Antsetic*, p. 142

<p><b>1994</b></p>	<p>comunidades en coordinación con la ARIC. Capacitación de la red de salud y entrega de medicamentos.</p> <p><b>Levantamiento armado zapatista.</b> Se tiene trabajo en más de 150 comunidades. Mayo 1994, fueron invitados a capacitar a un grupo de promotores en la región de Avellanal, como parte de las actividades del Fideicomiso por la Salud de los Niños Indios de Chiapas (FIDEO)<sup>3</sup> Ruptura del programa, se retira el financiamiento, la Secretaría de Salud toma en sus manos el programa. Desarticulación de la red de trabajadores de salud comunitaria. Se decide hacer trabajo independiente, continuar en Marqués de Comillas, Santo Domingo y se pide al CCRI ingreso a Las Cañadas como emergencia médica.</p>
<p><b>1995</b></p>	<p>Como colectivo se trabaja con Médicos del Mundo España. Ingresan a comunidades en resistencia con trabajos de emergencia. Trabajan sólo en una comunidad: Las Tazas, en Las Cañadas, región Selva. A finales inician trabajos en formación de promotores de salud. Participa en CONPAZ (Coordinación de Organismos No Gubernamentales por la Paz)</p>
<p><b>1996</b></p>	<p>Se conforma como figura jurídica y se convierte en asociación civil. Se trabaja en Amador Hernández, en Las Cañadas, región Selva.</p>
<p><b>1997</b></p>	<p>Atención odontológica preventiva y curativa en Guanal, región de Amador Hernández. Se inicia formalmente trabajo en la Zona Norte, en las subregiones, Bascan, Vistahermosa que comprenden los municipios autónomos del Trabajo y Vicente Guerrero, en el municipio oficial de Palenque. Fortalecimiento de una Unidad Médica en la comunidad de Roberto Barrios.</p>
<p><b>1998-99</b></p>	<p>Se capacitan a parteras y se inicia la recopilación de información sobre plantas medicinales de la zona con la ayuda de una comisión de herbolaria. Apoyo a los desplazados por la masacre de Acteal, trabajo en la Clínica Autónoma de Polhó. Construcción de un proyecto de salud integral de la mujer: Casa de la Mujer <i>Ixim Antsetic</i> (CAM), en la ciudad de Palenque.</p>
<p><b>2000</b></p>	<p>Edición del libro <i>Construyendo la Salud</i></p>

<sup>3</sup> López Silva (2005), *Op. cit.*, p. 31

<p><b>2000-03</b></p>	<p>Se continúan los trabajos en la Zona Norte: Jolnixtie, San Marcos y El Mango. Creación de Unidad Médica en Jolnixtie. Se inician trabajos en coordinación con Médicos del Mundo en 22 comunidades del municipio autónomo Vicente Guerrero dentro del municipio constitucional de Chilón, región Montaña (Desarrollo y Fortalecimiento de la red local de salud comunitaria, fase I). Fortalecimiento de la red local de salud comunitaria en la región Selva. Fase I</p>
<p><b>2003</b></p>	<p>Escisión de CAM, ésta se conforma como asociación civil.</p>
<p><b>2003-04</b></p>	<p>Desarrollo y Fortalecimiento de la red local de salud comunitaria de la región Montaña, fase II. Fortalecimiento de la red local de salud comunitaria en la región Selva.</p>
<p><b>2004</b></p>	<p>Disolución del equipo coordinador del PSCMC.</p>
<p><b>2001-2006</b></p>	<p>Se siguen abriendo espacios de intervención en la región Selva: San José, en coordinación con la caravana <i>Para todos todo</i>. En Arroyo Granizo y San Jerónimo, Municipio Autónomo Ricardo Flores Magón, región Selva.</p>
<p><b>2008</b></p>	<p>Las comunidades toman en sus manos la formación de su personal de salud: promotores, promotoras de salud y parteras. El trabajo de SADEC se concentra con multiplicadores.</p>
<p><b>2010</b></p>	<p>En coordinación con CAM apoyaron con asistencia médica en Haití Su trabajo fuerte es con multiplicadores, ahora realiza trabajos de acompañamiento con parteras y promotores/as de salud; además con cursos de actualización y seguimiento. Es el puente para realizar trámites institucionales: prestadores de servicio social y la solicitud del biológico, las vacunas con la Secretaría de Salud. Pasantés en servicio social, 13 profesionales de la UAM-Xochimilco en las áreas de Medicina y Estomatología en las comunidades de: Las Tazas, Arroyo Granizo, San Jerónimo Tulijá, La Culebra, San Marcos, Jolnixtie y Río Grande.</p>

# PRESENCIA EN REGIONES Y MUNICIPIOS AUTÓNOMOS



Fuente: SADEC, A. C., 2008.

## Anexo 10

### Cuadro 1

#### Plan de Formación Básica para Promotores de Salud

##### PSCMC

###### Módulo 1

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

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

###### Módulo 2

Enfermedades relacionadas con la falta de vivienda adecuada.

- Enfermedades infectocontagiosas y crónicas del aparato respiratorio.

###### Módulo 3

Enfermedades relacionadas con el proceso reproductivo.

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

###### Módulo 4

Enfermedades relacionadas con el proceso laboral.

- Enfermedades musculoesqueléticas, accidentes de trabajo y primeros auxilios.

###### Módulo 5

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

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

###### Módulo 6

Salud oral.

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

## Cuadro 2

### PLAN DE FORMACIÓN PARA PARTERAS COMUNITARIAS

#### **Módulo 1. Embarazo**

- Control Prenatal.
- Diagnóstico oportuno de problemas en el embarazo.

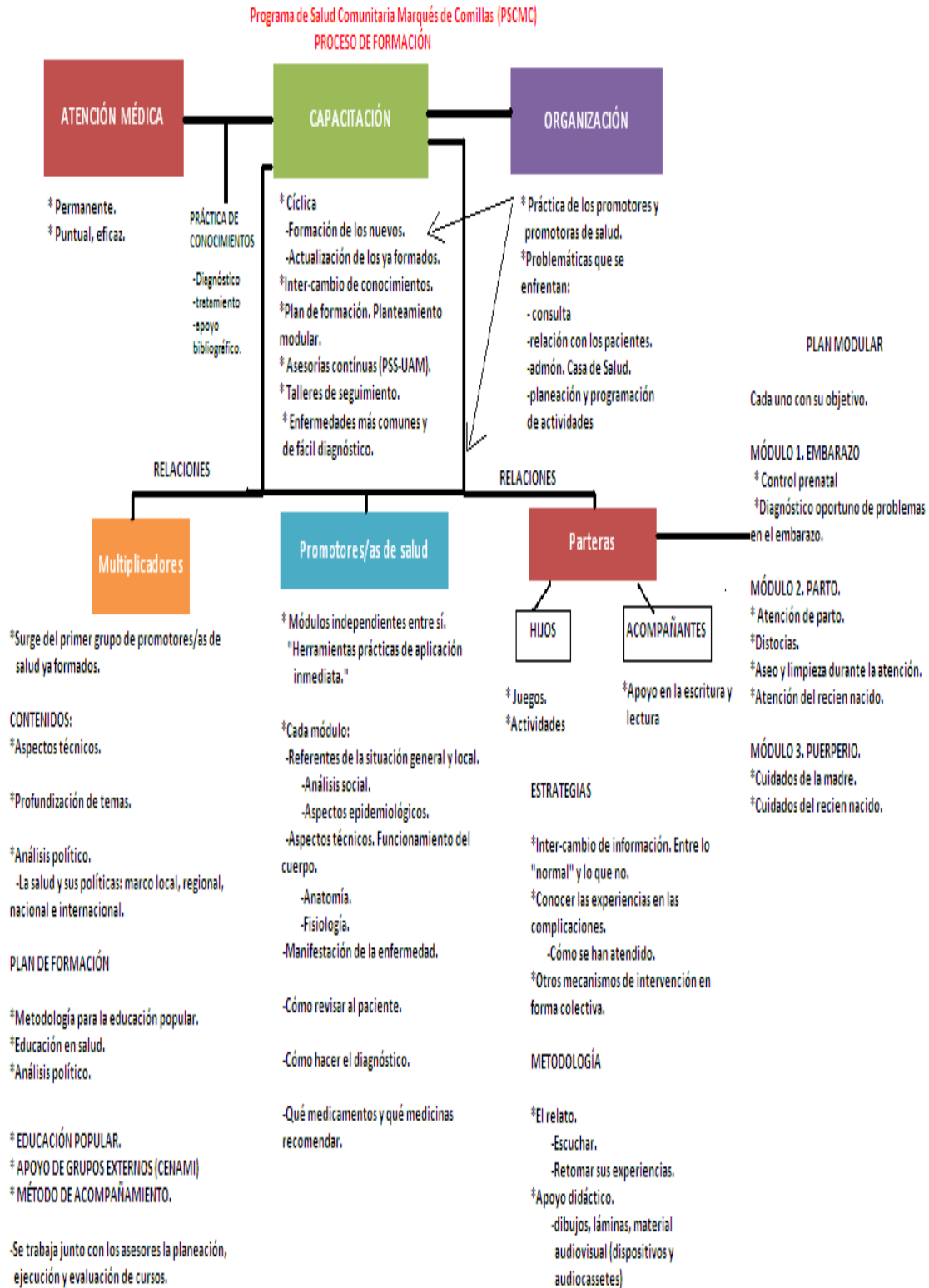
#### **Módulo 2. Parto**

- Atención de parto.
- Distocias.
- Aseo y limpieza durante la atención.
- Atención del recién nacido.

#### **Módulo 3. Enfermedades relacionadas con el proceso reproductivo**

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

### Cuadro 3





## Cuadro 4

### Plan de formación de promotores/as de salud en salud general

#### Módulo 1

##### **Enfermedades por falta de agua potable y servicios sanitarios**

- Introducción
- Mecanismos de defensa del aparato digestivo
- El círculo vicioso
- La deshidratación
- Prevención y tratamiento de la deshidratación oral
- Enfermedades diarreicas
- Diarreas por parásitos o parasitosis
- Formas de diagnosticar causas
- Otras enfermedades del aparato digestivo

#### Módulo 2

##### **Enfermedades por falta de vivienda y ropa adecuada**

- Introducción
- Causas sociales
- Aspectos biológicos
- Mecanismos de defensa del aparato respiratorio
- Enfermedades de las vías respiratorias altas
- Infecciones de las vías respiratorias bajas
- Cuidados para las vías respiratorias crónicas
- Funciones del aparato respiratorio.

#### Módulo 3

##### **Enfermedades por malas condiciones y exceso de trabajo**

- Introducción
- Primeros auxilios
- Signos vitales
- Reanimación cardiopulmonar- RSP
- Hemorragias
- Heridas
- Otras urgencias
- Enfermedades causadas por trabajo excesivo
- Enfermedades causadas por accidentes
- Enfermedades digestivas por *stress* y ayuno
- Enfermedades por malas condiciones de trabajo
- Anatomía y funciones de músculos y huesos

#### Módulo 4

##### **Enfermedades por falta de una alimentación adecuada**

- Introducción
- Alimentación para menores
- Desnutrición

#### Módulo 5

##### **Enfermedades de la mujer y el hombre**

- Introducción
- Menstruación o regla de la mujer
- Problemas de la menstruación
- Enfermedades de los órganos genitales de la mujer
- Enfermedades de los senos o pechos
- Enfermedades de los órganos genitales del hombre
- Infecciones venéreas o de transmisión sexual

#### Módulo 6

##### **Embarazo y parto**

- Introducción
- Embarazo
- Enfermedades que puede atender el promotor de salud
- Peligros que necesitan atención médica
- El parto normal
- Prepararse para el momento del parto
- Peligros que necesitan atención médica urgente

#### Módulo 7

##### **Enfermedades de la piel**

- Introducción
- Infecciones por bacterias
- Infecciones causadas por hongos
- Infecciones causadas por virus
- Enfermedades causadas por parásitos
- Enfermedades por contacto
- Consejos para el tratamiento de la dermatosis
- Enfermedades de la piel prevenibles para la vacunación (exantemática)
- Enfermedades de la piel por mala circulación
- Otras enfermedades de la piel

#### Módulo 8

##### **Salud oral**

- Tejidos blandos
- Tejidos duros
- Diferencia entre dentaduras
- Exploración de la boca
- Enfermedades de los dientes y encías
- La prevención

## Cuadro 5

### Temática de formación para Parteras Comunitarias

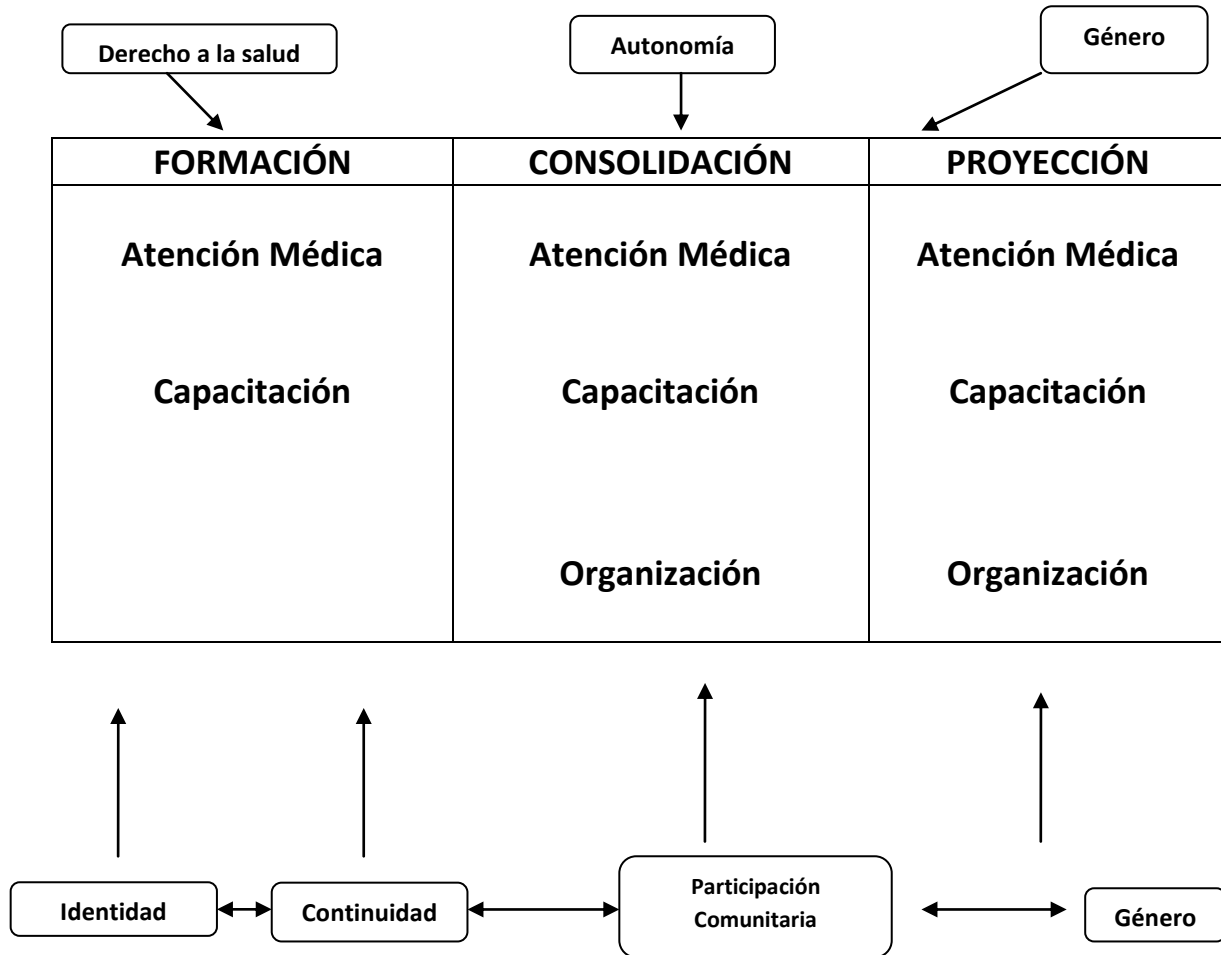
#### Curso de embarazo y parto normal

- Situación de la zona en cuanto a la atención del parto.
  - Causas sociales de la muerte materna.
- El trabajo de la partera en el campo.
- El cuerpo de la mujer.
  - Órganos internos y externos.
  - Funcionamiento
  - Generalidades de la menstruación.
- El cuerpo del hombre.
  - Órganos internos y externos.
  - Funcionamiento.
- Concepción y embarazo.
  - Generalidades de la concepción: ovulación, fecundación y anidación.
  - Mitos y creencias sobre el embarazo
  - Sus cuidados en alimentación, higiene, vida sexual, etc.
- Embarazo normal.
  - Primer trimestre: primeras señales, signos de certeza, molestias comunes, consejos, señales de peligro y complicaciones.
  - Segundo trimestre: molestias más comunes, consejos, complicaciones y señales de peligro.
  - Tercer trimestre: molestias más comunes, cuidados importantes, consejos, complicaciones.
- Control prenatal.
  - Examen interrogatorio de la embarazada.
  - Calculo de la fecha probable de parto.
- Parto normal.
  - Primer periodo: dolores y contracciones, intensidad y duración, preparación de la partera, recomendaciones a la mujer.
  - Segundo periodo: señales, de dilatación completa, recomendaciones.
  - Tercer periodo: expulsión, características, presentación, maniobras, recomendaciones, manejo del cordón, salida de la placenta
- Mitos y creencias.
- Evaluación.

Cuadro 6

Salud y Desarrollo Comunitario, A. C.

Elementos que configuran su intervención médico-pedagógica\*



\*Fuente: Heredia, 2007a.

## **Anexo 11**

### **Descripción de un taller para promotores y promotoras de salud**

Fuente:

Entrevista realizada al coordinador de capacitación de SADEC, 2010.

Para hacer un taller para promotores y promotoras de salud. En la parte organizativa se definen los días desde antes, los tiempos, los horarios y trabajos del día por ejemplo se tiene una presentación donde cada quien, ya sea por parejas o a través de un juego de eliminación, [...] se presenta o digamos cada quien a través de un dibujo, a través de un refrán, de búscate la pareja y ahora la pareja te presenta; es la presentación como para empezar a calentar motores [...] a través de una dinámica, de un juego digamos es la presentación para irnos juntándonos más y conociéndonos. Pero en seguida se empiezan a presentar los objetivos del curso, de qué se va a tratar y todo eso, y cuántos días va a durar y esperamos que todos esos días de sesión podamos alcanzar todos esos temas y, ahí, una vez que ya se informó todo esto se empiezan a analizar tanto de las enfermedades que son relacionadas ya sea digestivo, de vivienda o alimentación que ellos consideren, luego que se presenten en plenaria por grupo o por persona o lo que sea o alguien que quiera hablar a título personal o grupal o de alguna experiencia, digamos son los puntos de partida de avanzada con los temas, de ahí presentamos los temas ya nos referimos a un manual o a un folleto, revisamos el tema cuáles son sus señas o síntomas, en caso de enfermedades, cuando hay que escuchar ruidos estertores, cuándo hay que aprender a manejar el termómetro, hay que saber los signos vitales: el pulso, la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardiaca, todo eso se tiene que medir y, eso tocar el pulso corriendo, sentado, sin movimiento, a ver cómo está, la respiración igual eso se hace practicándolo y luego lo que corresponde la toma de la presión arterial, conoce el baumanómetro, cómo se mide, cómo se le hace, cómo se escucha y cómo registrarlo y todo eso no, y bueno así vamos avanzando no y ya cuando se trata de usar medicamentos llevamos el medicamento, vemos las dosis del medicamento, cómo se comparte si con pastillas, si son jarabes, si son inyectables todo eso no. Aquí nosotros manejamos mucho por grupo de edad, cuando es posible explicamos algunas cosas como miligramos por kilogramos por día, pero kilo/peso por día dicen por ahí pero eso es más complicado porque la mayoría de compañeros la escuela no, tenemos ahí la deficiencia, pero por edad no se pierden y es muy equivalente a lo que es kilo/peso por día no. Eso ha sido lo más práctico de manejarlo por edad y de hecho el manual así lo tenemos por edades y se conoce el medicamento, la dosis, la presentación el nombre del genérico, el nombre comercial qué dice la fórmula, dónde se busca el nombre real por ejemplo, se hace toda una diferenciación si es un adulto, si es un menor de doce años si es un bebé o un recién nacido no, cómo es su manejo y su repartición de acuerdo a la edad o de acuerdo a los mililitros o de las pastillas o la cucharada, no sé, si es un medio, un cuarto o son gotas; si son gotas cuántas en adulto, cuántas en menores, todo eso se tiene que ver, aquí está el medicamento y así nos pasamos el rato.

## Anexo 12

### Casos clínicos

Fuente:

Entrevista realizada al coordinador de capacitación de SADEC, 2010.

1. La niña Susana de seis años de edad tiene tos con flema amarilla, su enfermedad inicio desde hace dos días con fríos y calentura, al revisarla escuchamos con el estetoscopio ruidos de estertores inspiratorios, qué enfermedad tiene, qué tratamiento le daría, qué dosis, debe decirlo bien.
2. Esperanza de diecinueve años, tiene calentura desde hace dos días no tiene tos pero le duele para tragar la comida, al revisarla lo único que se encuentra son puntos blancos con sus amígdalas hinchadas y rojas a ver qué tiene y qué haría por ella, desde plantas, tés, medicamentos lo que tenga.
3. Jaime de cuatro años anda todo el tiempo con la barriga hinchada, no muy come y cuando come le duele la panza, vómito y le salió una lombriz por la nariz como tamaño del lapicero, rosada y redonda. La mamá me dice que se rasca el ano por la noche y sólo lo encontraron muy flaco, pálido y barrigón.
4. Miguel de veintiocho años dice que ayer por la noche le comenzó un dolor de panza, hora después se ensució un poquito color verdoso aguado, hoy en la mañana siente el dolor en la parte baja de la barriga del lado derecho, no tiene hambre y al revisarlo dice que le duele mucho en la parte inferior derecha de la barriga y, aún más, cuando le aprietas y, más todavía cuando le sueltas rápidamente; el abdomen se siente muy duro y no se escuchan ruidos intestinales con el estetoscopio. ¿Qué es?
5. Julia de 17 años tiene nueve meses de embarazo va a ser su primer hijo, hoy en la mañana le salió sangre por sus partes de color oscuro pero no ha empezado su trabajo de parto todavía, no tiene calentura y se siente bien, qué consejo le daría.

## Anexo 13

### Clasificación social de las enfermedades

<i>Salud, conciencia y organización (1990)</i>	CENAMI	SADEC
<p><b>Causa Básica:</b> <b>EXPLOTACIÓN</b></p> <p>a) Condiciones de vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Falta de alimentación adecuada.</li> <li>-Falta de agua potable y servicios sanitarios.</li> <li>-Falta de vivienda y ropa adecuada.</li> <li>-Falta de agua y útiles de aseo.</li> </ul> <p>b) Trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Exceso de trabajo.</li> <li>-Accidentes y riesgos del trabajo.</li> </ul> <p>c) Falta de atención médica adecuada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Falta de vacunas.</li> <li>-Falta de servicios públicos.</li> </ul> <p>d) educación deformada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Falta de conciencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Enfermedades por falta de agua.</li> <li>-Enfermedades por falta de vivienda adecuada.</li> <li>-Enfermedades por las condiciones de trabajo.</li> <li>-Enfermedades por falta de una alimentación adecuada.</li> <li>-Enfermedades de la mujer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Enfermedades por falta de agua y servicios sanitarios.</li> <li>-Enfermedades por falta de vivienda y ropa adecuada.</li> <li>-Enfermedades por malas condiciones y exceso de trabajo.</li> <li>-Enfermedades por falta de una alimentación adecuada.</li> <li>-Enfermedades de la mujer y el hombre.</li> <li>-Embarazo y parto.</li> <li>-Enfermedades de la piel.</li> <li>-Salud oral.</li> </ul>

## Anexo 14

### **CARTA DESCRIPTIVA MODULO 1** **MULTIPLICADORES EN SALUD**

Presentación plan de trabajo

Ubicación sobre prácticas de salud

¿Dónde estamos y qué esperamos?

Ejes de trabajo: Salud Comunitaria, Derecho a la salud y Género

OBJETIVO	TEMA	ACTIVIDADES	MATERIALES	RESPONSABLE	TIEMPO
Desayuno.					
Presentación	Presentación de participantes.	Presentación por persona diciendo el nombre, lugar de origen y qué tipo de identidad animal, piedra, vegetal gustaría ser. Y que espera del curso.	Papelógrafos, plumones y Masking tape.	Fulgencio	1 hr.
Organización del curso	Tiempos, actividades, reglamento, entrega de materiales.	Exposición dialogada	Papelógrafos, plumones y Masking tape.	Fulgencio	30 min.
Conocer el punto de partida del grupo.	Que esperamos de los cursos a multiplicadores.	Preguntas por equipos. Necesidades, dudas. Problemas Dónde estamos y a donde queremos llegar. Presentación en plenaria el trabajo de grupo.	Papelógrafos, plumones y Masking tape. Documento 3 preguntas	Fulgencio	30 min.
Receso.		Café, agua pozol.			30 min.
Dar a conocer el plan de trabajo general.	Contenido general de los módulos. Ejes temáticos colocados en una pirámide ancestrales mayas	Presentación. Elaborar nuestro plan de trabajo en forma gráfica, en una pirámide Maya. Metodología.- Herramientas o técnicas. Cada persona retoma los temas de interés de los participantes.	Papelógrafos elaborados, plumones y Masking tape. Dibujo grande de una pirámide maya en manta.	Joel, Fulgencio, Saúl	90 min.
Ubicar el perfil del educador en salud, desde un marco histórico reciente.	Antecedentes sobre el trabajo de los promotores. Internacional, nacional, local.	Entrega la declaración de Alma Ata Lectura de documento por equipos. Presentación Historia de la salud. Y los puntos clave para los sistemas de salud. Prácticas médicas.	Papelógrafos, plumones y Masking tape. Declaración Alma Ata.	Joel y Ful	90 min. Primera parte
Comida.					

Conocer desde la historia los modelos de atención a la salud.	Antecedentes sobre el trabajo de salud	La historia desde los pueblos originarios y con la llegada de los españoles. Reflexión práctica en salud originaria.  Trabajadores de la salud (parteras, curanderos, queseros) Formas de curación. Hierberos u otras	PPM	Joel	120 min Segunda parte.
Conocer el estado actual del trabajo en salud y la participación de Promotores de Salud.	Atención asistencial. Capacitación Organización en salud.	Por municipio presentar panorama general del trabajo en primer nivel. y presentación en plenaria.	Papelógrafos, plumones y Masking tape.	Joel	120 min.
Cena					
	Contexto histórico.	Video La Misión.	Video o Audio Computadora, cañón, manta blanca, bocinas	Fulgencio	120 min.
<b>Segundo Día.</b>					
café					
Reflexionar el contenido del video	Analizar la situación de los pueblos originarios	En plenaria con lluvia de ideas se reflexiona las relaciones de los pueblos con preguntas generadoras	Papel, masking tape y marcadores	Fulgencio	30 min.
Definir el perfil de multiplicador que queremos.	Como debe ser un multiplicador desde el SSAZ	Por equipos, definir ¿qué es un multiplicador? ¿Cuál es su trabajo? ¿Su responsabilidad? Presentación en plenaria el trabajo.	Papelógrafos, plumones y Masking tape.	Fulgencio	1 hr
desayuno					
Conocer otra experiencia sobre Sistema regional de salud. Lecciones aprendidas. Proyecto político y su Metodología.	Sistemas locales y regionales de salud. Atención Asistencial. Capacitación. Organización en salud. Y el Sistema de salud Autónomo zapatista.	Presentar audiovisual. Exposición dialogada sobre Sistema Regional de Salud, o Red Regional de Salud.	Audiovisual Marqués de Comillas. Una experiencia, una alternativa.	Fulgencio, Joel	1 30 hr.
Evaluar el nivel de conocimientos y práctica que tienen los PS multiplicadores.	Ficha personal, experiencia.	Cada multiplicador llenará la ficha. Entregar la ficha a cada multiplicador.	Documento Ficha personal.	Saúl, Joel y Fulgencio	30 min.



Receso		Agua, pozol			30 min.
	Conceptos.	Se presenta cuestionario.	Documento Conceptos	Fulgencio, Joel y Saúl	1 hr.
	Habilidades prácticas.	Examen oral.	Documento Habilidades prácticas.	Fulgencio, Joel.	2 hr.
Comida					
	Manejo del libro	Responder examen	Documento. Uso de libro Donde no Hay Doctor.	Fulgencio, Joel y Saúl	1 hr.
	Integración de conocimientos en casos clínicos.	Responder examen.	Documento. Casos clínicos.	Fulgencio, Saúl y Joel	1 hr.
Cena					
		Presentar el video Maya		Fulgencio	
<b>Tercer día.</b>					
Desayuno.					
Habilidades didácticas	Presentación de temas por cada multiplicadores	Se define un tiempo para la preparación del tema. Presentación de tema por PS. Evaluar desde el grupo	En forma individual presentar un tema en 10 min. Llenar ficha de evaluación por cada PS en cada presentación. Libro, PPM	Fulgencio, Joel	2 hr. Primera parte
Receso		Agua y pozol			
Derecho a la salud	Derechos humanos. Derechos sexuales y reproductivos	¿Qué entendemos por derechos? En plenaria ¿Cuáles son los derechos?  En grupo  Se entrega copia relacionado a los derechos humanos para la lectura en grupos.	PPM Fotocopia de los Derechos humanos.	Fulgencio	
Comida					
Conocer el área de trabajo de cada Multiplicador o por Municipio.	Red local y sistemas de salud. Análisis.	Sistema Salud Comunitaria  Presentar en plenaria el formato de la red local de salud para su manejo.	Ficha de red de salud local En papelógrafo Presentar casos.	Saúl / Joel	.

		Entregar formato sobre RLS Tarea siguiente curso.			
Cena					
<b>Cuarto día.</b>					
Desayuno.					
Analizar las relaciones de hombres y mujeres.	Género	Se presenta un video de YA NO MÁS. Se reflexiona las diferentes formas de desigualdades y su impacto en la salud.	Computadora Video ya no mas, Bocinas Cañón PPM	Joel	150 MIN.
Receso					
	Género	Continúa			
Comida					
Distribuir temas para el siguiente Curso.	Distribuir temas	En plenaria se propone para que exponga y defina cuales son los temas a revisión en el siguiente curso. Cada multiplicador escoge los temas que presentará en el curso siguiente.	PPM	Fulgencio	
Evaluación del curso y definir trabajos para el siguiente curso.	Evaluación final del curso	Cada uno escribe de cómo ha observado el curso, y luego se distribuye en el grupo y se dará lectura en plenaria.	evaluaciones	Fulgencio	
Cena					

## **Anexo 15**

### **Declaración de Moisés Gandhi**

#### **Definición de Salud:**

Salud es el bienestar del pueblo y del individuo, que contenga la capacidad y motivación para todo tipo de actividad sea social o política. Salud es vivir sin humillación, podernos desarrollar como mujeres y hombres; es poder luchar por una patria nueva donde los pobres y particularmente 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 en la tierra y al medio ambiente ya que perjudica a la población, tener tierra donde trabajar, tener educación, una buena organización, tener libertad, respeto a la cultura y justicia.

#### **Cómo queremos que sea la Salud:**

Consideramos que la salud debe tener necesariamente las siguientes características: 1. Para tod@s: la salud no es individual sino colectiva. Es un derecho de tod@s. 2. Neutralidad: como trabajador@s de la salud debemos atender a todas las personas sin distinción de raza, color, lengua, edad, credo, género, cultura, partido, dinero... 3. Responsabilidad: la salud debe estar en manos del pueblo, y debemos demostrar que el trabajo de l@s promotor@s es importante y eficaz y que no lo pueden llevar a cabo sin el apoyo del pueblo.

#### **Situación actual:**

Frente a la construcción colectiva de lo que entendemos por salud, en el presente foro l@s asistentes encontramos que en la situación de guerra que se vive en las comunidades, el gobierno ha convertido la salud en un arma, (existen interrogatorios en las consultas y son condicionadas con el fin de que los enfermos no estén organizados), en una herramienta más para destruir los esfuerzos organizativos de los pueblos.

De esta forma, sin justicia, sin respeto a la dignidad de la población, la salud es propiedad de un pequeño sector de la población, y la atención médica es para quien tiene dinero para pagarla: la salud no es para tod@s.

Cuando las comunidades intentan capacitarse para responder a las necesidades de salud, el gobierno trata de destruir este esfuerzo, queriendo que la población no sea responsable de su salud, sino solo objeto de programas gubernamentales; considera la salud como un problema solamente médico, sin relacionarlo con las condiciones de vida y trabajo de la población.

Estas condiciones de vida y de trabajo, de por sí malas, son afectadas todavía más en esta situación de guerra. Esta guerra, no declarada públicamente por el gobierno, es algo real en las comunidades, permanente y de "alta intensidad". Porque cada día hay más muertos y más sangre. La baja

intensidad era antes, ahora no. Están matando dirigentes y amenazando sacerdotes: esto es alta intensidad.

La militarización, afecta profundamente la vida de la población. Todas las acciones del ejército están dirigidas a desestabilizar, para dividir, para controlar. Las comunidades denunciamos que contaminan nuestros ríos, violan a nuestras mujeres, controlan represivamente, ocupan los auditorios municipales y las escuelas, introducen el alcoholismo, la prostitución y la droga en nuestros pueblos, no podemos transitar libremente, obligan a las mujeres a controlar la natalidad esterilizándolas o poniéndoles dispositivos sin su consentimiento, cuando dicen que dan ayuda social en realidad están dividiendo a las comunidades, a l@s vecin@s, a las familias. Esto, unido a la miseria que se vive en las comunidades, agrava las condiciones de salud.

### **El papel de l@s promotor@s**

L@s promotor@s somos personas elegidas por la comunidad para promover acciones que de manera organizada permitan mejorar las condiciones de vida y salud de la población.

El sistema gubernamental de salud impone a l@s promotor@s o trabajador@s de la salud, dificultades que impiden el desarrollo de sus actividades.

La situación de violencia y represión se manifiesta de diferentes maneras en la salud. Los medicamentos, las clínicas, los programas de vacunación y otros, se convierten en campo de batalla y en instrumentos de los partidos políticos, los militares, paramilitares, sectas religiosas, instituciones gubernamentales de salud como IMSS, SSA, COPLAMAR, DIF, CAS, INI, SEDESOL y otros agentes que intervienen dividiendo a las comunidades, ofreciendo becas y sueldos e intentando destruir el trabajo de l@s promotor@s de salud.

L@s promotor@s de salud somos desconocid@s por el gobierno y algunas comunidades no nos valoran porque no tenemos título oficial de estudios, porque no regalamos medicinas, porque no tenemos medicamentos. Mientras nuestro trabajo se basa en el 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, regalan medicinas y vivimos el desprecio y el hostigamiento de las sectas y el ejército, porque no nos dejan cumplir nuestro trabajo de salud, nos interrogan, revisan nuestros libros y materiales y nos acusan de delitos que no cometemos como narcotráfico y portación ilegal de armas.

Como promotor@s de salud, reconocemos que tenemos una tarea importante en la recuperación de nuestra cultura y la valoración de nuestra dignidad como aportes para la prevención y la curación de las enfermedades.

La cultura de nuestros pueblos nos une, nos da identidad y nos ayuda en el trabajo comunitario y de salud, por eso insistimos en la necesidad de compartir los conocimientos con hueseros, curanderos, iloles (médicos tradicionales) y parteras.

Reafirmamos la necesidad del uso y la promoción de diferentes maneras de prevenir y de curar más de acuerdo a nuestras culturas y que estamos recuperando. Valoramos la importancia de estar

organizados, de tener encuentros, pláticas, asambleas, donde se intercambien conocimientos sobre plantas medicinales y otras experiencias.

También entendemos que es nuestra tarea fortalecer las medidas preventivas en la comunidad: agua potable (no solo entubada), letrinas, basura, huertos, etc. En algunas comunidades estamos llevando el control de la vacunación.

Manifestamos la necesidad de que l@s promotor@s de salud estemos capacitad@s integralmente en los diferentes métodos de promoción, prevención y atención a la salud, compartiendo estos conocimientos con toda la comunidad para reencontrarnos con la salud, la amistad y la confianza de nuestr@s ancian@s para que su conocimiento no se pierda.

Como promotor@s, valoramos la importancia de tener información para tod@s y ante la violencia que nos rodea creemos importante y necesario su análisis, su denuncia ante organismos de Derechos Humanos y la coordinación con otras organizaciones de diferentes municipios y estados, para compartir y escuchar las experiencias de otr@s. De esta forma podemos responder a los ataques organizada y políticamente.

Como promotor@s intentamos evitar que la violencia entre a nuestras familias y comunidades, y consideramos este Foro-Encuentro como una estrategia más para resistir la violencia. También sentimos la necesidad de conocer las leyes y los derechos humanos para denunciar las violaciones a los mismos.

Acompañamos al pueblo que vive todos los días las muchas caras de la violencia. No es solo la guerra de las balas sino la violencia que se manifiesta por la falta de empleo, el hambre, la pobreza, la carestía de los productos básicos y la falsa información de los medios de comunicación. Ante esta realidad, el pueblo plantea muchas acciones de resistencia. En algunas de ellas l@s promotor@s participamos:

- Resistencia en el pago de la luz.
- Resistencia a programas del gobierno, porque no queremos limosnas ni sobornos, manteniendo las organizaciones independientes.
- Resistencia al pago de las contribuciones ejidales.
- Denuncia de las violaciones a los derechos humanos.
- Acompañar las marchas para que el ejército salga de las comunidades.
- Hacer cooperativas de consumo básico.
- Hacer tomas de tierras.
- Exigir la libertad de los presos políticos.
- Elaborar medicamentos para cuando se necesiten.
- Respondiendo a las agresiones sin violencia, pero organizada y políticamente.
- Acompañar a los refugiados en las montañas y solidarizarse con ellos.
- Suspender y rechazar la venta de alcohol y la introducción de la prostitución en las comunidades y en las cabeceras municipales.
- Informar de lo que pasa en las comunidades.

Al igual que el pueblo, resistimos la guerra con la fuerza de la organización, con valor, esfuerzo, experiencia y conciencia con la fuerza de la palabra de Dios, con la fuerza de nuestras costumbres, culturas y tradiciones; y también ayudándonos ante el sufrimiento y la tristeza aunque haya angustias y temores.

Ante esta situación de violencia y guerra exigimos que salgan de nuestras comunidades todos los grupos militares, paramilitares, guardias blancas, seguridad pública y judiciales que nos atacan y cada vez más se meten en nuestras comunidades, con la excusa de dar un servicio.

En las comunidades indígenas seguiremos resistiendo hasta las últimas consecuencias aunque nos provoquen, porque no queremos más violencia. La intervención del ejército, "guardias blancas" y seguridad pública ha violentado nuestro sistema de vida comunitaria. Sin embargo, seguimos resistiendo sin caer en la provocación, seguimos unidos y organizados; buscando siempre la unión de la medicina tradicional y herbolaria para resistir con nuestro propios recursos. Damos la orientación necesaria a nuestras familias y comunidades para evitar caer en las trampas del gobierno y su ejército.

Las mujeres participamos como promotoras de salud y reclamamos justicia, igualdad, libertad, el derecho al descanso, a decidir el número de hijos; a participar en la toma de decisiones que afectan a la familia y la comunidad, en el manejo de fondos dentro de la vida de las familias, comunidades, ejidos y organizaciones. Aunque se ha avanzado en la igualdad de hombres y mujeres, todavía queda mucho por hacer, como ejemplo, que los hombres revisemos nuestra actitud hacia las mujeres y aprendamos a vivir en igualdad. Se están realizando acciones en las comunidades para intentar disminuir la desigualdad (cursos, cooperativas, talleres, etc.). Las mujeres pedimos una ley que defienda nuestros derechos. Los promotores de salud debemos poner el ejemplo en nuestros hogares viviendo en igualdad entre mujeres y hombres.

La intervención del ejército en nuestras comunidades nos ha obligado a cambiar nuestras rutas y horarios de trabajo, las mujeres ya no podemos caminar cerca de los retenes porque tenemos miedo a ser violadas. Procuramos ya no salir en las noches, porque somos atacadas por el ejército.

Queremos una nueva educación para nuestros hijos para ir evitando las desigualdades entre hombres y mujeres. Tomamos como requisito fundamental para la defensa de nuestro trabajo en salud a nuestra organización, buscando siempre la participación de las mujeres en todos los niveles, porque la lucha es pareja y decidida.

### **Por todo lo anterior, los promotores:**

Declaramos que la salud debe estar en manos del pueblo, solo así se garantizará que llegue a todos y evitará que sea una política impuesta de afuera. Solo así podremos hacer valer nuestro trabajo, que se respeten nuestras tradiciones en salud, nuestra cultura y forma de ser;

Declaramos que el pueblo es capaz de cuidar su salud y tomar sus propias decisiones, que la comunidad debe participar en la elaboración de las políticas de salud, debe tomar las decisiones y vigilar que se cumplan. Los indígenas tenemos derecho a la tierra, el trabajo, la vivienda digna, el agua, etc. Y tenemos derecho a controlar todos los recursos que son de nuestros pueblos y forman parte de la salud.

Declaramos que la salud en manos del pueblo es parte importante de la democracia y autonomía. Por ello, exigimos participar en la creación de nuestras propias leyes de salud por las que se rijan nuestras comunidades. Que nuestro trabajo, apoyado por la comunidad, sea reconocido oficialmente por el gobierno, para tener acceso a los recursos humanos y materiales del Estado en la promoción, prevención, atención y capacitación de la salud;

Declaramos que queremos: cambiar el sistema y unirnos l@s promotor@s, las comunidades y los pueblos; exigir que se cumplan los derechos que les quitaron a nuestros padres; exigir precios justos a nuestros productos y el manejo de los bienes y recursos naturales de nuestros territorios (ríos, bosques, ruinas, etc.);

Declaramos que tenemos el derecho a estar informad@s sobre los servicios que las instituciones de salud están obligadas a dar para garantizar que se cumplan y que el servicio llegue a tod@s con el personal necesario y capacitado.

Declaramos que para la atención de la salud en tiempo de guerra, como el que estamos sufriendo, es importante estar prevenidos y definir estrategias claras de información y prevención, entre otras. Algunas de ellas son la capacitación sobre los posibles problemas de salud mental y su tratamiento, preparación en primeros auxilios, análisis con las comunidades sobre la situación en que se vive así como técnicas para el tratamiento del agua, etc.; preparar grupos de nutrición y alimentación y comités de salud. Es necesario tener preparado un botiquín de emergencia con plantas medicinales y medicamentos de patente.

Declaramos que la atención a l@s niñ@s, ancian@s y discapacitad@s se vuelve principal así como la asistencia a las familias que tienen que salir de sus comunidades por la guerra, pues en estas situaciones aumentan los miedos, angustias y otras enfermedades.

Declaramos que las acciones en favor de la salud y la lucha por nuestros derechos van más allá. Los mecanismos de presión (manifestaciones, bloqueos, marchas, etc.) son otros modos para que se nos escuche y exigir nuestros derechos, así como la información a la opinión pública nacional e internacional y organismos de Derechos Humanos sobre la situación de Chiapas con el fin de contrarrestar la información oficial que intenta hacer creer que no hay guerra y que están resueltas nuestras demandas.

Declaramos la exigencia de que los centros de salud den un trato humano y respetuoso, que cada centro cuente con traductores, con atención las 24 horas, que se tenga acceso al segundo nivel de atención para tod@s, que se cuente con albergues cercanos y alimentación para familiares de enfermos, que tengan las áreas de atención indispensables (dental, herbolaria, mental, para mujeres y niñ@s, medicina general, etc.). Que l@s médic@s se hagan más conscientes de que hay otras alternativas de atención y las respeten. Que los centros de salud deben tener personal adecuado y capacitado así como el equipo médico completo y el medicamento necesario para dar todo tipo de servicio y que l@s médic@s cumplan con su obligación de atender al enfermo.

Declaramos que la comunidad tiene el derecho a participar en el funcionamiento de los centros de salud. Las instituciones de gobierno no pueden nombrar a otr@s promotor@s cuando éstos ya existen en la comunidad nombrados por ella, y deben extender una identificación colectiva para

cada organización independiente de promotores de salud y que permita hacer a los promotores su trabajo con libertad y moverse libremente en cualquier situación.

Finalmente, Declaramos que, ante la política gubernamental que impulsa la privatización de las instituciones públicas de salud convirtiendo a la salud en una mercancía de la que se beneficia un sector reducido de la población, luchamos por que la salud quede en manos del pueblo y proponemos la creación de una red de promotor@s de salud del pueblo y de comités de salud para cada comunidad e instituciones de salud. Estos comités de salud deberán participar en el proceso de planeación, ejecución, evaluación y vigilar el funcionamiento de los centros de salud, llevar el control de las consultas, poner las normas que debe seguir el personal médico del centro, elegir la administración de los centros de salud y que sean locales y regionales.

L@s promotor@s de salud no prometemos, nos comprometemos junto con tod@s l@s mexican@s que hoy promueven una Patria nueva con la lucha por mejorar las condiciones de vida, por organizarnos y creer en nosotros mismos para servir mejor, por recuperar la salud y el derecho a la vida de nuestras comunidades.

**"POR UNA SALUD EN MANOS DEL PUEBLO"** Moisés Gandhi, Región Autónoma Toztz Choj, Chiapas; a 24 de febrero de 1997.

Fuente: <http://www.cedoz.org>, junio 2011.