



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, C-III



Alternativas ante la recentralización del gasto en salud. El caso de la Clínica Murcia y las parteras en San Jerónimo Tulijá durante el COVID-19

TESIS

Que para obtener el grado de

Maestra en Desarrollo Local

Presenta:

Leory Morales Velasco PS2500

Director de tesis

Dr. Jorge Alberto López Arévalo

Co-directora de tesis

Dra. Julieta Martínez Cuero



San Cristóbal de Las Casas, Chiapas; noviembre de 2024



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS
Facultad de Ciencias Sociales, Campus III
Maestría en Desarrollo Local



San Cristóbal de Las Casas, Chiapas
11 de octubre de 2024
Oficio No. MDL/ 292/2024

ASUNTO: Autorización de impresión de tesis.

**C. LEORY MORALES VELASCO
PRESENTE.**

Con base al Reglamento de Evaluación Profesional para los egresados de la Maestría en Desarrollo Local de la Universidad Autónoma de Chiapas, y habiéndose cumplido con las disposiciones en cuanto a la aprobación del contenido de su trabajo de Tesis Profesional: **ALTERNATIVAS ANTE LA RECENTRALIZACIÓN DEL GASTO EN SALUD. EL CASO DE LA CLÍNICA MURCIA Y LAS PARTERAS DE SAN JERÓNIMO TULIJÁ DURANTE EL COVID-19.** Por parte de los integrantes del Jurado, CERTIFICO el VOTO APROBATORIO emitido por éste y autorizo la impresión de dicho trabajo para que sea sustentado en su Examen Profesional de la Maestría en Desarrollo Local.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para saludarlo cordialmente.

ATENTAMENTE
"POR LA CONCIENCIA DE LA NECESIDAD DE SERVIR"

DR. ORLANDO URTEL BRAVO ARGÜELLO
DIRECTOR



C.c.p.- Archivo MDL





San Cristóbal de Las Casas, Chiapas
15 enero de 2024

Dra. Julieta Martínez Cuero

UAM LERMA

Presente:

Tomando en cuenta su trayectoria académica se le extiende una atenta invitación para participar como Co-Directora de la Estudiante Leory Morales Velasco cuyo proyecto de investigación se titula: “Alternativas ante la recentralización del gasto en salud. El caso de la Clínica Murcia y las parteras en San Jerónimo Tulijá durante el COVID-19”. Durante el periodo junio de 2023.

En el periodo señalado, de acuerdo con el Plan de estudios de la MDL, deberá acompañar a la estudiante en su proceso de investigación y redacción de tesis. Asimismo, es necesario participar en los coloquios de estudiantes al finalizar el tercer y cuarto semestre para evaluar los avances de investigación. Los avances serán enviados con anticipación a la realización de los Coloquios a fin de que el documento pueda ser revisado y comentado en la fecha de presentación.

Sin más por el momento reciba un cordial saludo.

“Por la conciencia de la necesidad de servir”

DRA. KATHIA NÚÑEZ PATIÑO
COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN
DESARROLLO LOCAL



C.c.p.- Archivo Minutario/MD





Código: FO-113-05-05

Revisión: 0

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LA TESIS DE TÍTULO Y/O GRADO.

La alumna (s) o él alumno (s) Leory Morales Velasco, autora (s) o autor (es) de la tesis bajo el título de Alternativas ante la recentralización del gasto en salud. El caso de la Clínica Murcia y las parteras en San Jerónimo Tulijá durante el COVID-19 presentada y aprobada en el año 2024 como requisito para obtener el título o grado de Maestra en Desarrollo Local, autorizo licencia a la Dirección del Sistema de Bibliotecas Universidad Autónoma de Chiapas (SIBI-UNACH), para que realice la difusión de la creación intelectual mencionada, con fines académicos para su consulta, reproducción parcial y/o total, citando la fuente, que contribuya a la divulgación del conocimiento humanístico, científico, tecnológico y de innovación que se produce en la Universidad, mediante la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Consulta del trabajo de título o de grado a través de la Biblioteca Digital de Tesis (BIDITE) del Sistema de Bibliotecas de la Universidad Autónoma de Chiapas (SIBI- UNACH) que incluye tesis de pregrado de todos los programas educativos de la Universidad, así como de los posgrados no registrados ni reconocidos en el Programa Nacional de Posgrados de Calidad del CONACYT.
- En el caso de tratarse de tesis de maestría y/o doctorado de programas educativos que sí se encuentren registrados y reconocidos en el Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT), podrán consultarse en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Chiapas (RIUNACH).

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; a los 14 días del mes de enero del año 2025.

Leory Morales Velasco

Nombre y firma de la alumna (s) o él alumno (s)

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) por la beca y el financiamiento que hicieron posible mi ingreso a la Maestría en Desarrollo Local en la Universidad Autónoma de Chiapas, en la Facultad de Ciencias Sociales, Campus 3.

Un especial agradecimiento a las mujeres usuarias de los sistemas de salud, a las parteras, y al personal médico de la clínica del IMSS y de la clínica zapatista Murcia de San Jerónimo Tulijá por su valiosa contribución a este debate y al conocimiento que hizo posible la creación de esta obra.

A la Maestría en Desarrollo Local, agradezco la oportunidad de ampliar mis conocimientos y habilidades para los análisis críticos del desarrollo local de las comunidades.

Mis más sinceros agradecimientos al Dr. Jorge Alberto López Arévalo por su excepcional dirección, su dominio del conocimiento y su comprensión en todo momento, demostrando una humanidad y armonía que son verdaderamente inspiradoras.

A la Dra. Julieta Martínez Cuero, le expreso mi más profunda gratitud por su excepcional profesionalismo y su amplio dominio de las ciencias sociales y políticas. Su entusiasmo contagioso y su vasto conocimiento, siempre acompañados de una generosa disposición, han sido pilares esenciales en mi crecimiento académico.

Al Dr. Octavio Ixtacuy López, le agradezco su seriedad y constancia en las críticas, así como su entusiasmo que siempre ha sido una fuente de motivación.

A la Doctora Kathia Núñez Patiño, expreso mi gratitud por su humanismo, su visión de género y su forma tan cercana de transmitir el conocimiento desde las otredades y manejar los trámites de la maestría.

Al personal de la coordinación, agradezco su esfuerzo en los trámites administrativos, para mi proceso académico.

Dedico esta tesis a mi hija Leory, a quien amo. Que seas siempre libre, poderosa y transformes el mundo con tu arte. Edali, Antonio, les agradezco profundamente su apoyo incondicional. Dedico este trabajo a las mujeres que enfrentaron la pandemia, resaltando la importancia de una perspectiva de género. A Luz Esperanza Pérez Ventura, mujer revolucionaria, cuyo amor y fortaleza me han guiado; su legado de valentía ilumina mi camino.

RESUMEN

Durante la pandemia de COVID-19, las comunidades indígenas en Chiapas enfrentaron profundas desigualdades económicas, sociales y sanitarias, exacerbadas por barreras estructurales como la discriminación y la exclusión, lo que limitó su acceso a servicios básicos. La investigación explora cómo la recentralización del gasto en salud afectó a las mujeres indígenas en San Jerónimo Tulijá, Chiapas, analizando las respuestas alternativas que surgieron, como el papel crucial de la Clínica Murcia y las parteras locales para compensar las deficiencias del sistema de salud público.

Mediante una metodología mixta, el estudio revela que la recentralización del gasto público en salud, lejos de mejorar el acceso a los servicios médicos, acentuó las dificultades, especialmente en comunidades rurales. Aunque esta medida se implementó para coordinar mejor los recursos, la falta de presupuesto y suministros en las clínicas públicas limitó la calidad de la atención. Las respuestas comunitarias, como las de la clínica zapatista Murcia y las parteras, demostraron ser más eficaces en la atención a las mujeres durante la crisis sanitaria.

Teóricamente, el estudio conecta con la teoría de Amartya Sen sobre la "capacidad de desarrollo" muestra cómo la falta de acceso a la salud restringe las libertades y profundiza las desigualdades.

En conclusión, la recentralización no mejoró el acceso a la salud en San Jerónimo Tulijá, siendo las respuestas locales y tradicionales las que lograron compensar las carencias del sistema centralizado. La investigación resalta la necesidad de una reforma sanitaria que considere las realidades socioculturales locales para crear un sistema de salud más equitativo y flexible.

Palabras clave: derechos humanos, mujeres, salud, territorio

ABSTRACT

During the COVID-19 pandemic, Indigenous communities in Chiapas faced deep economic, social, and healthcare inequalities, worsened by structural barriers such as discrimination and exclusion, which limited their access to basic services. This research explores how the recentralization of healthcare spending affected Indigenous women in San Jerónimo Tulijá, Chiapas, analyzing the alternative responses that emerged, such as the crucial role played by the Clínica Murcia and local midwives in compensating for the deficiencies of the public healthcare system.

Using a mixed-methods approach, the study reveals that the recentralization of public healthcare spending, rather than improving access to medical services, worsened challenges, especially in rural communities. Although this measure was implemented to better coordinate resources, the lack of budget and supplies in public clinics limited the quality of care. Community responses, such as those from the Zapatista-affiliated Clínica Murcia and midwives, proved more effective in providing care to women during the health crisis.

Theoretically, the study connects with Amartya Sen's "capability approach," showing how lack of access to healthcare restricts freedoms and deepens inequalities.

In conclusion, the recentralization did not improve healthcare access in San Jerónimo Tulijá, with local and traditional responses stepping in to address the shortcomings of the centralized system. The research highlights the need for healthcare reform that takes local sociocultural realities into account to create a more equitable and flexible healthcare system.

Keywords: Human rights, women, health, territory

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO 1. MARCO CONTEXTUAL.....	8
1.1 Caracterización del sistema de salud en México, Chiapas y San Jerónimo Tulijá	8
1.1.1 México	8
1.1.2 Chiapas.....	15
1.2 San Jerónimo Tulijá.....	18
1.2.1 Clínica rural del Instituto Mexicano del Seguros Social	26
1.2.2 Clínica zapatista Murcia Elisa Irina Sáenz Garza	27
1.2.2.1 Desarrollo Humano y Diálogo de Saberes en San Jerónimo Tulijá.....	29
1.2.2.2 La transformación del movimiento zapatista y la salud de las mujeres en San Jerónimo Tulijá durante la pandemia.....	34
1.2.3 Parteras	35
1.2 La pandemia COVID 19	37
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	38
2.1 Salud, federalismo fiscal, pobreza y desarrollo humano.....	38
2.1. Salud	41
2.1.2 Federalismo fiscal	44
2.2.2.1 Primera generación del federalismo fiscal.....	45
2.2.2.2 Segunda generación del federalismo fiscal	47
2.1.3 Descentralización	51
2.1.4 Recentralización.....	52
2.2 Pobrezas	54

2.2.1 Satisfactores.....	57
2.2.2 Destructores	59
2.3 Libertades para el desarrollo humano	61
2.3.1 Razón evaluativa	62
2.3.2 Razón efectiva	65
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA.....	72
3.1 Investigación documental.....	72
3.2 Investigación de campo	73
3.2.1 Fase cuantitativa	75
3.2.2 Fase cualitativa.....	78
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS	82
4.1 Los efectos de la recentralización en la calidad/disponibilidad del acceso a la salud para las mujeres en la clínica rural del Instituto Mexicano del Seguro Social.....	82
4.2 Calidad	83
4.2.1 Tiempo de espera	83
4.2.2 Atención medica	87
4.2.3 Frecuencia de asistencia	90
4.3 Disponibilidad	92
4.3.1 Recursos humanos y materiales.....	92
4.3.2 Evaluación de eficiencia y de servicios de salud	96
4.4 Análisis del Personal Médico en la Clínica IMSS-Bienestar mediante Triangulación de Cuestionarios.....	103
4.4 Aportación por satisfactores y destructores de la oferta de salud para las mujeres en la clínica zapatista Murcia	108

4.5 Contribución por progreso y cosmovisión del acceso a la salud de las mujeres parteras...	121
CONCLUSIONES	134
Anexos.....	156
Anexo 1. Encuesta a las mujeres y fotografías	156
Anexo 2. Cuestionario al personal médico del IMSS y fotografías	165
Anexo 3. Cuestionario al personal médico de la clínica Murcia y fotografías	176
Anexo 4. Entrevista semiestructurada a mujeres parteras y fotografías	187

ÍNDICE DE ESQUEMAS

Esquema 1. México. Antecedentes del sistema de salud	8
Esquema 2. La salud, el territorio y el Estado	40
Esquema 3. Calidad y Disponibilidad en IMSS-Bienestar	83
Esquema 4. Satisfactores y destructores de la oferta de salud en la Clínica Murcia.	113
Esquema 5. Pobrezas invisibles que restringen el desarrollo humano en salud de las mujeres.	113
Esquema 6. Libertades para lograr el desarrollo en salud de las mujeres.....	122

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Gasto público total en salud en porcentaje del PIB 1993-2017	13
Gráfica 2. El Gasto público en salud para la población sin seguridad social en porcentaje del PIB 1993-2017	15
Gráfica 3. Chiapas. La afiliación de la población chiapaneca a servicios de salud (2020)	18
Gráfica 4. San Jerónimo Tulijá. Número de personas con afiliación en SJT 2020.....	25
Gráfica 5. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Calidad: tiempo de espera. Factores que atribuyen la espera (porcentaje de encuestados, n=300).....	84
Gráfica 6. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Calidad: tiempo de espera. Tiempo transcurrido desde llegada a la clínica hasta atención médica (porcentaje de encuestados, n=300).....	85
Gráfica 7. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Calidad: tiempo de espera. Percepción del tiempo transcurrido (porcentaje de encuestados, n=300).....	86
Gráfica 8. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Calidad: atención médica. Destino de los pacientes al ingresar a consulta (porcentaje de encuestados, n=300).....	87
Gráfica 9. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Calidad: atención médica. Motivos Principales de Consulta (porcentaje de encuestados, n=300).	88
Gráfica 10. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Calidad: atención médica. Razón principal de su última visita al médico (porcentaje de encuestados, n=300).	89
Gráfica 11. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Calidad: frecuencia de asistencia. Visitas a centros públicos por emergencia en los últimos 12 meses (porcentaje de encuestados, n=300).	90
Gráfica 12. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Calidad: frecuencia de asistencia. Frecuencia de visitas médicas anuales (porcentaje de encuestados, n=300).	91
Gráfica 13. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Disponibilidad: recursos humanos y materiales. Vacunas Recibidas en los Últimos 5 Años (porcentaje de encuestados, n=300).	92
Gráfica 14. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Disponibilidad: recursos humanos y materiales. Problemas para acceder a medicamentos recetados (porcentaje de encuestados, n=300).....	93
Gráfica 15. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Disponibilidad: recursos humanos y materiales. Entrega de medicamentos en la clínica (porcentaje de encuestados, n=300).....	94

Gráfica 16. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Disponibilidad: recursos humanos y materiales. Acceso a centros de salud en la comunidad (porcentaje de encuestados, n=300).....	95
Gráfica 17. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Disponibilidad: evaluación y eficiencia de los servicios de salud. Satisfacción de necesidades por el sistema sanitario (porcentaje de encuestados, n=300).	96
Gráfica 18. San Jerónimo Tulijá. Disponibilidad: evaluación y eficiencia de servicios de salud. Clasificación de la atención en el servicio de salud (porcentaje de encuestados, n=300).	98
Gráfica 19. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Disponibilidad: evaluación y eficiencia de los servicios de salud. Principal fuente de información sobre salud en la comunidad (porcentaje de encuestados, n=300).	99
Gráfica 20. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Disponibilidad: Evaluación y eficiencia de los servicios de salud: Percepción sobre la distribución de fondos estatales para la salud (porcentaje de encuestados, n=300).	100
Gráfica 21. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Disponibilidad: evaluación y eficiencia de los servicios de salud. Impacto económico de los problemas de salud durante la pandemia (porcentaje de encuestados, n=300).	101
Gráfica 22. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Disponibilidad: evaluación y eficiencia de los servicios de salud. Percepción de los servicios de salud públicos en 15 años (porcentaje de encuestados, n=300).	102
Gráfica 23. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Disponibilidad: evaluación y eficiencia de los servicios de salud. Nivel de satisfacción con la calidad de la atención médica en la comunidad (porcentaje de encuestados, n=300).....	103

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1. IMSS-Bienestar, (farmacia) unidad médica rural del IMSS, San Jerónimo, Tulijá, Chilón, Chiapas, México.	104
Imagen 2. Clínica “Elisa Irina Sáenz Murcia”, San Jerónimo, Tulijá, Chilón, Chiapas, México.	110
Imagen 3. Comunicación personal, partera/huesera	122

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Satisfactores y destructores de la salud autónoma zapatista en San Jerónimo Tulijá.	116
--	-----

INTRODUCCIÓN

Durante la pandemia de COVID-19, las comunidades indígenas en Chiapas enfrentaron profundas desigualdades económicas, sociales y sanitarias que revelaron la persistencia de barreras estructurales. El origen étnico continúa siendo un factor clave en la reproducción de estas desigualdades, amplificadas por la discriminación y la exclusión que restringen el acceso a servicios básicos. La pandemia no solo expuso las limitaciones del modelo económico para abordar la pobreza alimentaria, sino que también intensificó las barreras culturales y lingüísticas que estas comunidades enfrentan en su vida cotidiana.

El impacto de la crisis sanitaria sobre la salud y el bienestar de las poblaciones más vulnerables ha sido devastador, acentuando su fragilidad tanto a nivel social como económico. Esta situación destaca la importancia de desarrollar estrategias que fortalezcan el sistema de salud en Chiapas, promoviendo enfoques adaptativos que aumenten la resiliencia de las comunidades frente a futuras crisis (López Arévalo & Martínez Cuero, 2018).

En línea con este enfoque, Jiménez Acevedo, García Chong y Rodríguez Feliciano (2021), en su estudio "El sistema de salud y la desigualdad social post COVID-19 en Chiapas", profundizan en los factores críticos que han acentuado las disparidades sociales y sanitarias en la región. La pandemia no solo agravó las condiciones de desigualdad preexistentes, sino que también evidenció las serias deficiencias estructurales del sistema de salud en México, particularmente en las áreas más marginadas. Los autores subrayan la insuficiente preparación del sistema de salud para enfrentar crisis de gran escala, así como la fragilidad de las unidades de atención primaria, esenciales para la población vulnerable, que se ven limitadas tanto en personal como en recursos.

Esta situación ha repercutido directamente en la calidad de la atención médica, especialmente en contextos de alta pobreza como Chiapas, donde las comunidades ya enfrentaban barreras

significativas para acceder a servicios de salud. La falta de inversión adecuada y las limitaciones presupuestarias han debilitado la capacidad de respuesta ante emergencias, afectando desproporcionadamente a las poblaciones más necesitadas. En conjunto, ambos estudios resaltan la urgencia de replantear las políticas de salud pública, con un enfoque que considere las realidades socioeconómicas y culturales de las comunidades más vulnerables para mejorar su resiliencia y garantizar una atención sanitaria más equitativa y efectiva.

Esta tesis parte de la pregunta general, ¿Cómo las parteras y la Clínica Murcia en San Jerónimo Tulijá enfrentaron la recentralización del gasto en salud durante la pandemia de COVID-19, y qué alternativas surgieron ante las limitaciones impuestas por esta política en el acceso a la atención médica local?

En la hipótesis planteamos que, durante la pandemia de COVID-19 en San Jerónimo Tulijá, Chilón, Chiapas, la recentralización del gasto público en salud a través del Instituto Mexicano del Seguro Social afectó la distribución de fondos y la atención a la salud de las mujeres. La hipótesis se basa en que, pese a la descentralización, la dependencia del financiamiento federal limitó a los gobiernos locales en recursos y atención médica. Aunque los cambios financieros afectaron al IMSS, la clínica Murcia y las parteras atendieron eficazmente a las mujeres con sus propios recursos.

Esta tesis tiene como objetivo general, analizar los efectos de la recentralización del gasto en salud durante la pandemia de COVID-19 en la calidad y disponibilidad de los servicios médicos en San Jerónimo Tulijá, con un enfoque en las respuestas alternativas proporcionadas por la Clínica Murcia y las parteras locales frente a las limitaciones del sistema de salud público.

En la sección de metodología, se plantea un diseño de investigación que se divide en dos fases complementarias. La primera fase, de carácter cuantitativo, se enfoca en la aplicación de

encuestas a mujeres usuarias de las clínicas IMSS-Bienestar, con el objetivo de medir la calidad y disponibilidad de los servicios médicos proporcionados. De manera paralela, se incluyen cuestionarios dirigidos al personal médico tanto del IMSS-Bienestar como de la clínica zapatista Murcia, con el fin de identificar los factores que influyen en la satisfacción o el deterioro de la oferta de salud para las mujeres.

La segunda fase, de carácter cualitativo, se enfoca en entrevistas semiestructuradas a parteras y hueseras de la región. Estas mujeres desempeñaron un papel crucial durante la pandemia, respondiendo de manera más efectiva a las necesidades de salud de las mujeres, lo cual permite evaluar el impacto tanto de la recentralización del sistema de salud como de la crisis sanitaria en las prácticas de atención.

En el primer capítulo abordaremos uno de los desafíos más urgentes en el ámbito de la salud en México: la persistente limitación en el acceso a servicios de salud en diversas regiones del país. Este problema se manifiesta de manera destacada en San Jerónimo Tulijá, Chilón, Chiapas, donde las mujeres enfrentan dificultades significativas para recibir atención médica oportuna. Aunque la salud se reconoce como un derecho humano fundamental, según lo establece la Ley General de Desarrollo Social, el acceso a la atención médica sigue siendo insuficiente.

En el segundo capítulo se discute el debate entre la descentralización y la recentralización, y cómo esta última puede ayudar a analizar aspectos no explorados, como las características que adoptan las organizaciones oficiales y no oficiales en términos de calidad y disponibilidad (y categorías alternas) en el territorio. Las organizaciones gubernamentales pueden identificar los ámbitos político, administrativo y fiscal, así como los niveles de recentralización en relación con la calidad y disponibilidad de los servicios de salud, según los tipos de descentralización: desconcentración, delegación y devolución (Rodríguez, 2022, p.1).

El tercer capítulo se centra en la metodología utilizada para abordar la investigación, enfocándose en cómo las expectativas y normas de género impactan la salud de las mujeres indígenas en San Jerónimo Tulijá, especialmente durante la pandemia. La investigación de

campo incluye encuestas y entrevistas semiestructuradas a mujeres usuarias de servicios de salud, personal médico y practicantes de medicina ancestral.

En el cuarto capítulo, se revisa cómo la oferta de atención médica pública en San Jerónimo Tulijá, a través del IMSS-Bienestar, la clínica zapatista Murcia y las parteras/hueseras, responde a las necesidades de las mujeres usuarias. Además, se analizarán minuciosamente las contribuciones, tanto positivas como negativas, de la clínica zapatista Murcia y el papel esencial de las parteras/hueseras en el contexto de la recentralización. También se explora el efecto de la medicina ancestral en el desarrollo humano de las mujeres. Por último, se comparan estos hallazgos con teorías y categorías de análisis relevantes para una mejor comprensión de la dinámica general de la salud y su importancia para las mujeres usuarias.

La investigación se desarrolla en el contexto de la pandemia de COVID-19, que comenzó el 31 de diciembre de 2019 en Wuhan, China, y fue declarada pandemia por la OMS el 11 de marzo de 2020 (ONU-MUJERES, 2020, p. 33). Este evento exacerbó las desigualdades en el acceso a la atención médica en las comunidades indígenas de México, revelando debilidades en la infraestructura y el personal del sistema de salud pública. Entre 2020 y 2022, se registraron 505,746 muertes por COVID-19 en México (Boletín Estadístico, 2022, p. 11).

Para entender el acceso de las mujeres a la salud pública, autónoma y alternativa, es crucial adoptar una perspectiva de género que reconozca los estereotipos de género como construcciones sociales y considere la influencia del sexo biológico. Los roles de género pueden limitar el desarrollo humano, incluyendo el acceso a la salud. Esta perspectiva también evalúa la viabilidad de la recentralización del gasto público en salud, proponiendo un paradigma que reconoce la efectividad de los servicios de salud en función de la centralización y las alternativas autónomas y no convencionales.

CAPÍTULO 1. MARCO CONTEXTUAL

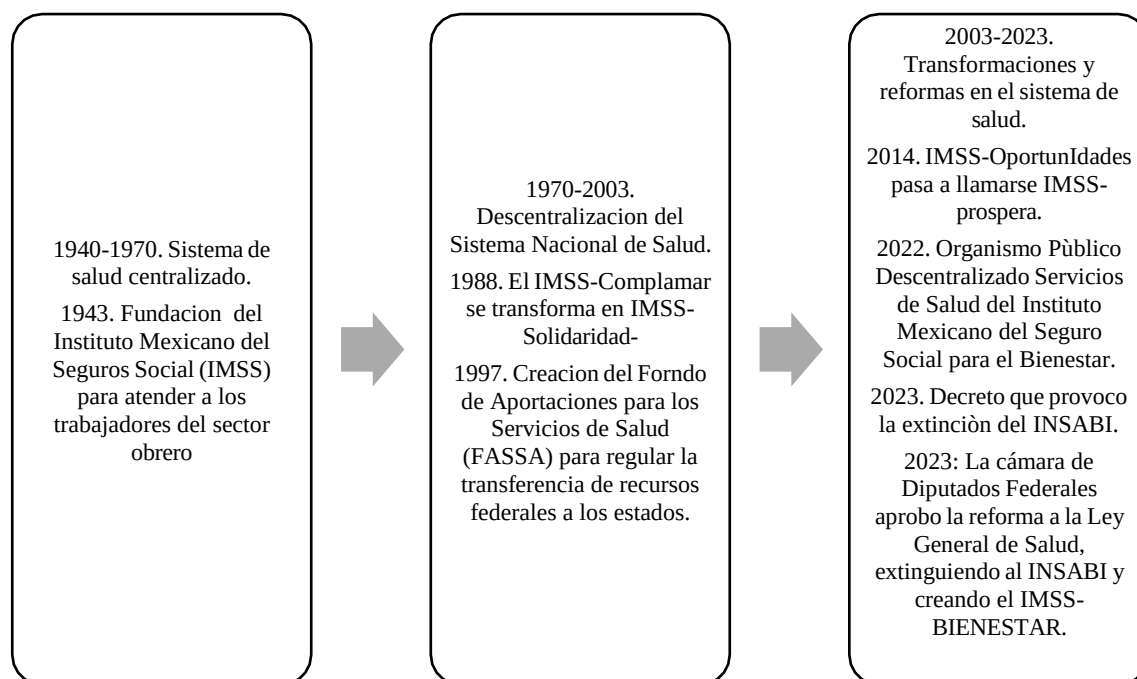
El propósito de este capítulo es brindar los elementos necesarios para destacar la importancia de la clínica zapatista y de las parteras en un escenario de recentralización del gasto en salud.

1.1 Caracterización del sistema de salud en México, Chiapas y San Jerónimo Tulijá

1.1.1 México

El apartado explorará los retos del sistema de salud en México, resaltando problemas como la calidad limitada, la falta de acceso, la cobertura y financiamiento insuficiente. En México, el sistema de salud enfrenta desafíos significativos que comprometen la calidad, disponibilidad, progreso, cobertura y financiamiento de la atención médica. Con un gasto público en salud de apenas 2.8% del PIB, la situación afecta especialmente a las mujeres y empeora la calidad de vida en el contexto de la pandemia (Medina, 2020).

Esquema 1. México. Antecedentes del sistema de salud



Fuente: elaborado en base a (Cabrero, 2000; López, 2021; Del Carmen, 2014; Gómez-Dantés y Frenk, 2019).

La evolución del sistema de salud en México, desde el IMSS en 1943 hasta la eliminación del Seguro Popular en la Cuarta Transformación y la pandemia, muestra la tensión entre centralización y descentralización, subrayando la necesidad de reformas para enfrentar la informalidad laboral y asegurar el acceso universal a servicios médicos de calidad (esquema 1). La informalidad afecta los derechos laborales y la seguridad social, dejando a muchos sin cobertura. Además, el sistema enfrenta retos en la distribución y uso del gasto público en salud. En los 80 y 90, la descentralización trasladó responsabilidades a los estados, mientras la secretaría de salud mantuvo su rol normativo y regulador (Urzúa, 2002; Secretaría de Gobernación, 2000; Delajara, De la Torre, Díaz-Infante, & Vélez, 2018).

La descentralización de las décadas de 1980 y 1990, lograda mediante acuerdos y la creación de organismos públicos descentralizados, transfirió responsabilidades sanitarias a los gobiernos estatales mientras la secretaría de salud mantenía su función reguladora. En 2003, se estableció el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) o Seguro Popular, para ampliar la cobertura médica a sectores desatendidos, asignando recursos federales a los estados según el número de afiliados, consolidando la descentralización fiscal iniciada con el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización de los Servicios de Salud (ACDISS) en 1996 y el ramo 33 en 1998 (Urzúa, 2002; Secretaría de Gobernación, 2000; Delajara et al., 2018).

La descentralización fiscal en Salud en México comenzó con el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización de los Servicios de Salud (ACDISS) en 1996, y se consolidó con la creación del ramo 33 o las aportaciones federales en 1998. Este proceso, según Urzúa (2002) y la Secretaría de Gobernación (2000), marcó un hito en la reorganización de la financiación de la salud en el país. Actualmente, los gastos en salud se financian a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), principalmente para pagar salarios del personal (Saragos, 2012, p. 31).

Se enfatiza la urgencia de reformas para enfrentar la informalidad laboral y asegurar servicios médicos de calidad para todos, considerando desde la creación del IMSS hasta las reformas actuales y la centralización del gasto público en salud.

La descentralización en la salud mexicana: un camino no concluido. Desde los años 80, busca fortalecer a los estados, pero la dependencia fiscal y las desigualdades persisten. El Seguro Popular surgió en 2003 para mejorar el acceso, aunque las disparidades entre estados y los altos gastos de bolsillo prevalecen. La reciente reforma hacia la recentralización con el Instituto de Salud para el bienestar (INSABI) busca corregir estas deficiencias, destacando la necesidad de una reforma fiscal para garantizar una cobertura universal y de calidad C.

Ante la elección de mejorar la descentralización o centralizar Morales (2019, p. 175), plantea que en el contexto de una descentralización fiscal incompleta: si las consecuencias negativas para el bienestar social debido a un gasto público menos estricto son menores que las que se derivarían de una recentralización fiscal, entonces la descentralización, incluso si no es perfecta, sigue siendo la elección preferible. Sin embargo, si las pérdidas en bienestar social causadas por un gasto menos riguroso superan las que surgirían de una centralización fiscal, entonces la opción preferida será la recentralización fiscal.

Con cada reforma hay un desafío de decidir qué aspectos centralizar y cuáles descentralizar, tanto en financiamiento como en procesos. Esto repercute en la calidad, disponibilidad, avance y acceso a los servicios de salud, así como en cuestiones económicas, de oferta de bienes públicos, salud, derechos humanos y género (Delajara et al., 2018).

Con el Seguro Popular, el gobierno federal financiaba el 80% de la salud, expandiendo la cobertura médica y mejorando la calidad de los servicios mediante los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS). En contraste, con el INSABI, los recursos provienen de impuestos generales, aumentando el presupuesto para servicios médicos y garantizando atención gratuita para los mexicanos sin seguridad social. Además, se ha reemplazado el antiguo Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSAS) por un nuevo Compendio Nacional de Insumos de Salud. En el presupuesto de 2020, se asignó un adicional de 40 mil millones de pesos para mejorar los servicios y contratar más personal, distribuyéndose directamente a hospitales estatales y clínicas de atención primaria del INSABI (Reich, 2020, p. 19).

El INSABI fue creado para proporcionar servicios médicos gratuitos a quienes carecen de seguro médico, asegurando acceso gratuito a la atención médica a través de acuerdos entre el

Gobierno federal y los estados. Aunque ha mejorado la infraestructura médica y la cobertura de atención, enfrenta desafíos en su implementación debido a problemas de corrupción, falta de autonomía y dificultades en la respuesta a grupos vulnerables como las mujeres, según CONEVAL (2023).

En el periodo estudiado en esta tesis, se observa un cambio importante: el gobierno ha decidido fusionar el INSABI con el IMSS-Bienestar, según lo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 2023. Esto marca un cambio significativo en la gestión de la salud en México (Canal del Congreso, 2023, p.1).

En mayo de 2023, el Gobierno federal decreta la extinción del INSABI y establece normativas para regular los Servicios de Salud del IMSS-Bienestar. Tras la pandemia, el enfoque se desplaza hacia el IMSS-Bienestar, con el propósito de ofrecer atención médica, hospitalaria y suministros médicos en el nuevo Modelo de Atención Integral a la Salud (DOF, 2022b).

Para alcanzar este objetivo, el modelo busca una transformación significativa: propone que tanto la Secretaría de Salud a nivel federal como las entidades estatales dejen de administrar los servicios de atención médica, concentrándose en su función como autoridades rectores y coordinadoras en el ámbito de la salud. En su lugar, el IMSS-Bienestar asume la responsabilidad de gestionar las unidades locales de atención médica, con la meta de mejorar la prestación de servicios médicos para la población no asegurada (CONEVAL, 2023). Este enfoque se concentra en examinar las disparidades para garantizar un acceso efectivo a los servicios de salud, especialmente para las personas sin seguridad social, en el contexto de las modificaciones a la Ley General de Salud (LGS) (CONEVAL, 2023). Las reformas post-2019 establecieron bases para un sistema de salud universal, pero persisten contradicciones en su aplicación, destacando desafíos como la coordinación entre el Gobierno federal y los estados, y la disparidad regional.

Actualmente, gran parte del gasto en salud se financia con el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), utilizado principalmente para sueldos del personal. La Cuarta Transformación busca centralizar el gasto público en salud para lograr universalidad, gratuidad y calidad en el servicio (Saragos, 2012; Merino, 2003; Moreno & Flamand, 2012; Delajara et al., 2018).

Un cambio importante en la historia reciente del sistema de salud en México es la Cuarta Transformación (IVT). Este cambio implicó la eliminación del Seguro Popular y el establecimiento de un sistema de salud centralizado, financiado por el gobierno y basado en tres principios éticos fundamentales: universalidad, gratuidad y lucha contra la corrupción. Su objetivo es proporcionar servicios de salud públicos a todos los mexicanos sin necesidad de inscripción, ofreciendo atención gratuita para reducir los gastos de los pacientes y luchar contra la corrupción mediante la centralización del control sobre las compras y la prestación de servicios (Reich, 2020, p. 1).

Sovilla y Díaz (2022) proponen que el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) aumente su financiamiento, duplicándolo del nivel actual, y sugiere elevar el Impuesto Sobre la Renta (ISR) al 50 por ciento, aplicándolo exclusivamente a personas con ingresos anuales superiores a tres millones de pesos. Específicamente, sostiene que el gasto en salud debe elevarse al 5 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) durante este sexenio, ya que actualmente se encuentra en el 2 por ciento del PIB. Esta propuesta se contextualiza con la centralización pasada de la recaudación de impuestos como el IVA y el ISR, incluso durante la descentralización, lo que ha obligado al gobierno central a establecer un sistema sólido de transferencias financieras para apoyar económicamente a los estados en todo el país (Morales, 2019, p. 149).

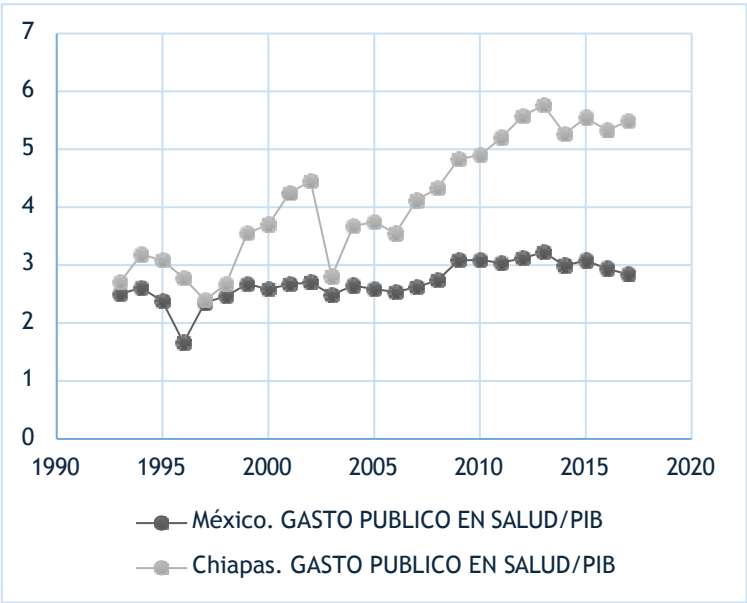
Por otro lado, el desacuerdo entre el Seguro Popular y el INSABI está vinculado con los cambios políticos en el gobierno mexicano, lo que llevó a una reforma en el sistema de salud con el objetivo de mejorar la calidad y disponibilidad de los servicios, especialmente durante la pandemia (Reich, 2020).

Martínez (2023) explica que la reforma del sistema de salud público en México busca garantizar atención médica y medicamentos gratuitos para personas sin seguridad social, aspirando a equiparar el sistema con el de países como Dinamarca. Esta reforma incluye la formalización del Instituto Mexicano del Seguro Social-Bienestar (IMSS-Bienestar) en lugar del INSABI, mediante un decreto en el Diario Oficial de la Federación. El IMSS-Bienestar será el tercer eje del sistema, ofreciendo atención médica gratuita en estados que firmen acuerdos de coordinación, mientras los no adheridos seguirán brindando atención gratuita a quienes carecen de seguridad social. Además, el IMSS-Bienestar gestionará el Fondo de Salud para el Bienestar,

cubriendo enfermedades de alto costo, y habrá cambios en la estructura y funciones del Consejo de Salubridad General, centrados en emitir declaraciones de emergencia en situaciones de riesgo para la población.

La pandemia de COVID-19 ha provocado una serie de desafíos, tanto a nivel sanitario como socioeconómico, que han exacerbado la pobreza y la disparidad económica a nivel mundial (ONU-Mujeres, 2020, p. 33). En México, donde la pandemia inició en febrero de 2020 y ha dejado más de 6 millones de casos confirmados y más de 320 mil muertes, se han evidenciado profundas deficiencias en la infraestructura sanitaria y en los procesos para abordar emergencias médicas, lo que ha contribuido a tragedias evitables como las muertes maternas e infantiles (Santana, 2021). Además, la crisis ha afectado la capacidad de las personas, especialmente las mujeres, para seguir recomendaciones sobre hábitos higiénicos y dietéticos, debido a la falta de acceso a los recursos necesarios (Santana, 2021).

Gráfica 1. Gasto público total en salud en porcentaje del PIB 1993-2017



Fuente: Elaboración propia en base a Secretaría de Salud, 2023.

La gráfica muestra el aumento del gasto público total -eje de las ordenadas- en salud como porcentaje del PIB en Chiapas de 1993 a 2017. El gasto público total en salud en Chiapas ha aumentado desde 1993, pasando de 2.7% del PIB en ese año a 5.4% en 2017. El gasto público

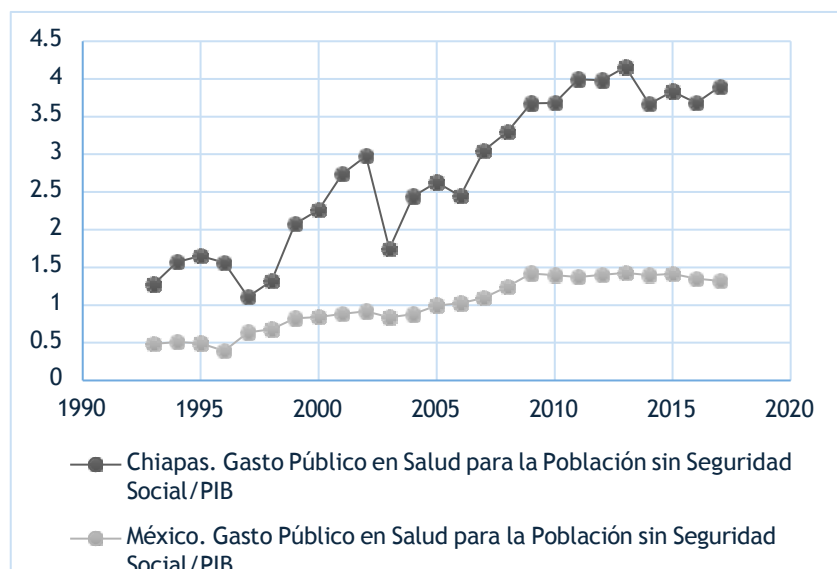
total en salud en México ha aumentado menos, pasando de 2.7% del PIB en 1993 a 2,8% en 2017 a una tasa de crecimiento promedio anual de 1.8 por ciento para México y 4.4 por ciento para Chiapas.

Estos datos no se traducen en un efecto positivo de las políticas de salud. Por ejemplo, el gasto público en salud en México es uno de los más bajos en la OCDE, representando tan solo el 2.8% del PIB incluso en tiempos de pandemia lo que reveló la necesidad de políticas fiscales más expansivas en momentos de crisis. Mantener un umbral de déficit fiscal tan bajo durante la pandemia puede no promover el crecimiento económico y podría afectar la estabilidad económica y emocional de las personas, incluidas las mujeres (Chakraborty L., Institute Levy y Harikrishnan S, 2022) (gráfica 1).

En México, el gasto público en salud es inferior al promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que es del 7,4% del PIB. En Chiapas, el gasto público en salud es aún más bajo, representando solo el 1,8% del PIB.

De manera convencional el incremento del gasto público en salud en México podría hacerse mediante un aumento de los impuestos o una resignación de los recursos públicos. A nivel estatal la situación no es diferente. La gráfica muestra el gasto público en salud para la población sin seguridad social como porcentaje del PIB en México y Chiapas de 1990 a 2020 (gráfica 2). El gasto público en salud para la población sin seguridad social como porcentaje del PIB en Chiapas, aumentó de 1.2 % en 1993 a 3.8% en 2017. Este aumento fue a una tasa de crecimiento anual promedio del 2,8% para Chiapas y 0.32 para México.

Gráfica 2. El Gasto público en salud para la población sin seguridad social en porcentaje del PIB 1993-2017



Fuente: elaboración propia en base a Secretaría de salud.

El gasto público en salud para la población sin seguridad social como porcentaje del PIB aumentó de 0,7% en 1993 a 1,3% en 2017. Para garantizar que todas las mujeres, independientemente de su nivel de ingresos, etnia, posición laboral, ubicación y género accedan a una atención médica de calidad, es necesario aumentar aún más el gasto público en salud para la población sin seguridad social en Chiapas.

1.1.2 Chiapas

Chiapas tiene una crisis económica, resumible por una mano de obra con limitadas oportunidades en el mercado formal. La informalidad laboral es predominante, con un 92% en el sector agropecuario y un 98% en el trabajo doméstico, mientras que el empleo formal es en su mayoría generado por el Estado (López y Martínez, 2018). Esta estructura económica, incapaz de adaptarse a la oferta laboral disponible, refleja un subdesarrollo estructural que ha influido en los patrones migratorios hacia Estados Unidos (López y Martínez, 2018; Ros, 2013). La situación se complica con las limitaciones del sistema de salud, exacerbadas por la pandemia

de COVID-19, revelando las desigualdades en el acceso a servicios básicos y la vulnerabilidad económica de las comunidades.

Núñez Medina (2021) propone un modelo de sistema universal de salud para Chiapas, diseñado para enfrentar desafíos demográficos, epidemiológicos y sociales. Este modelo aboga por un sistema integral y eficiente que priorice la medicina preventiva y la atención primaria, adaptándose a las particularidades socioculturales y demográficas de la región. La propuesta destaca la necesidad de universalidad, equidad y respeto a la multiculturalidad, considerando la fragmentación del sistema actual y la presión adicional ejercida por la pandemia de COVID-19.

La investigación subraya que la pandemia ha intensificado las desigualdades existentes, evidenciando cómo las condiciones precarias y la falta de acceso a servicios básicos contribuyen a una mayor exposición a riesgos de salud y limitan la capacidad para adoptar medidas preventivas efectivas. Jiménez Acevedo et al. (2021) sugieren que, para mejorar la resiliencia del sistema de salud, es crucial adoptar un enfoque preventivo y multisectorial que integre educación, promoción de la salud y autocuidado. Fortalecer la infraestructura, capacitar al personal y fomentar la colaboración entre distintos niveles de gobierno y actores sociales es esencial para abordar las brechas existentes y prepararse mejor para futuros desafíos sanitarios.

El campo de la economía de la salud ha cobrado relevancia, especialmente a raíz de la pandemia, que ha puesto de manifiesto la relación entre enfermedades, implicaciones médicas y estructuras globales de salud. Las reformas y perspectivas internacionales desde los años ochenta han influido en la modernización del Estado, afectando el financiamiento y la administración de recursos en el sector salud. En Chiapas, la pandemia exacerbó las limitaciones del sistema, con una distribución desigual de recursos y una administración ineficiente.

A pesar del aumento en presupuesto y capacidad instalada, persisten problemas significativos en la oferta de servicios, afectando la calidad de la atención. La integración de la salud intercultural podría mejorar los servicios al involucrar activamente a las comunidades en el

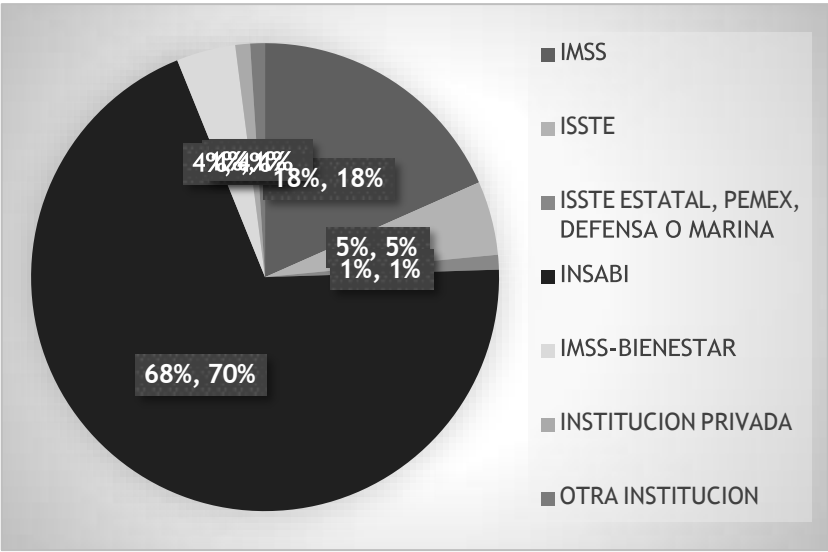
diseño y gestión de los servicios de salud. La pandemia ha resaltado la necesidad de un enfoque integrado y equitativo en la provisión de servicios, especialmente en regiones vulnerables como Chiapas. La falta de acceso adecuado y las deficiencias del sistema subrayan la urgencia de políticas públicas que consideren tanto el crecimiento económico como la justicia social para mejorar la calidad de vida y la equidad en la salud (Pérez Marcial, 2021).

En diciembre de 2019, el brote de neumonía en Wuhan, China, que resultó ser COVID-19, se extendió globalmente, con la OMS declarando emergencia de salud pública en enero de 2020 y pandemia en marzo de 2020. La crisis sanitaria ha ejercido una presión significativa sobre la industria farmacéutica para desarrollar tratamientos efectivos, sin resultados satisfactorios hasta la fecha. Esta situación ha exacerbado el miedo y la preocupación, especialmente entre grupos vulnerables como los adultos mayores y el personal de salud.

La pandemia ha revelado profundas desigualdades estructurales en el acceso a los servicios de salud, afectando de manera desproporcionada a las poblaciones en situación de vulnerabilidad. La pobreza y la marginación han exacerbado la falta de acceso a atención médica adecuada, lo que ha intensificado las disparidades en salud. Esto destaca la necesidad urgente de reformar tanto los sistemas de salud como las políticas sociales, con el fin de garantizar una atención equitativa y reducir las brechas socioeconómicas existentes (Núñez Medina & Jiménez Acevedo, 2016).

En las últimas décadas, Chiapas ha experimentado importantes cambios demográficos. Este período de transformación ha tenido un impacto significativo en diversos aspectos de la vida en la región. Entre 2010 y 2020, Chiapas vivió un notable incremento en su población. La cifra pasó de 4,796,580 habitantes en 2010 a aproximadamente 5,543,828 en 2020, lo que representa un aumento de 747,248 personas. Este crecimiento poblacional ha generado una mayor demanda de servicios de salud en la región, como veremos a continuación.

Gráfica 3. Chiapas. La afiliación de la población chiapaneca a servicios de salud (2020).



Fuente: Elaboración propia con base en el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2020).

En Chilón es el 2% de la población¹ estatal, con una población de 137,262 habitantes en 2020. Los datos específicos de afiliación en el municipio son los siguientes: 8 personas afiliadas al IMSS, 4 al ISSSTE, ninguna al ISSSTE estatal, PEMEX, Defensa, Marina o instituciones privadas, 905 al Instituto de Salud para el Bienestar y 611 al IMSS-Bienestar, con 1 persona afiliada a otra institución (INEGI, 2020).

1.2 San Jerónimo Tulijá

En mi observación de San Jerónimo Tulijá, una comunidad tzeltal en la región Selva de Chiapas, uno de los aspectos más notables fue la centralidad que esta localidad ha adquirido para diversas rancherías cercanas, como El Diamante, Ampliación, Joltulijá, y otras más pequeñas como

¹ Cuando los habitantes comenzaron a residir en este lugar, lo llamaron "Tzajal Cacawuil", que en su idioma significa "Cacao Colorado". Con el tiempo, el nombre fue cambiado a San Jerónimo Tulijá, que tiene dos significados: "San Jerónimo" en honor al Santo Patrón de Bachajón, la comunidad original a la que pertenecían, y "T'ulil Ha'", que se refiere al río que fluye junto al ejido, y para los habitantes locales significa "persona sagrada que cuida la poza" (T'ul) (Plan de desarrollo de la microrregión "San Jerónimo Tulijá", 2011, p. 3).

Amaytic y Estrella de Belén. Esta región es un centro de conexión y referencia para el acceso a servicios básicos.

Pese a la relativa lejanía de San Jerónimo Tulijá respecto a la capital estatal, a unas 6 u 8 horas de Tuxtla Gutiérrez, la comunidad ha mantenido vínculos esenciales con localidades cercanas como Palenque. El acceso al pueblo es incómodo y lejano, y es posible por la disposición de transportes locales, por ejemplo, la combi hasta "El Piñal" y posteriormente un traslado en vehículos particulares o en moto, por terracería.

En cuanto a medios de comunicación, este es un desafío persistente hasta noviembre de 2022, cuando la comunidad comenzó a experimentar una mejoría significativa. Antes de esto, la comunicación dependía casi exclusivamente de fichas de internet para conectarse, una solución temporal que no solo resultaba costosa, sino que también limitaba la capacidad de respuesta en situaciones de emergencia, afectando tanto a estudiantes como a la población en general., esto sin agregar que hay periodos de hasta dos semanas seguidas donde la energía eléctrica se corta por tormentas eléctricas o por el clima.

En junio de 2022, se anunció la instalación de una antena, aunque su operatividad no fue inmediata, ya que la comunidad debió esperar cinco meses para ver los efectos de este cambio. La mejora en la comunicación fue positiva, también trajo consigo una transformación en la dinámica económica local, particularmente afectando a los negocios que hasta entonces se beneficiaban de la venta de fichas de internet. Y dichos negocios, también se modificaron haciendo transferencias de dinero desde la comunidad con los medios de comunicación.

En el aspecto de la salud en San Jerónimo Tulijá es igualmente significativo. La clínica Murcia ha sido un satisfactor a la demanda de salud, recibiendo pacientes no solo de las rancherías más

cercanas, sino también de otras localidades más distantes. La alta demanda de servicios médicos en esta clínica resalta la importancia de San Jerónimo Tulijá en la vida diaria de los habitantes de la microrregión, demostrando la fuerte interdependencia entre estas comunidades.

En San Jerónimo Tulijá, la estimación de la tasa de natalidad, alrededor de 5 nacimientos por cada 100 mujeres en edad fértil, enfrenta retos significativos debido a la fragmentación en los servicios de atención prenatal. La comunidad, con unas 457 mujeres de entre 14 y 44 años, tiene una atención prenatal dispersa entre la Unidad Médica Rural (UMR) del IMSS, la clínica Murcia y parteras locales. Durante mi pasantía de 2022 a 2023, se registraron 25 partos, combinando datos de estas fuentes (Santana, 2021).

Las parteras locales desempeñan un papel crucial en los partos domiciliarios, y la falta de seguimiento posnatal en muchos casos introduce sesgos en las estadísticas. Esta fragmentación en la atención y el registro de datos refleja la necesidad de un enfoque más integrado para entender con precisión la natalidad en esta comunidad tzeltal (Tovar Rodríguez, 2023).

En San Jerónimo Tulijá, el sistema educativo abarca desde la educación preescolar hasta la preparatoria.

El jardín de niños "Carmen Serdán" está compuesto por niños de 3 a 6 años y la educación bilingüe, con docentes que dominan tanto el español como una lengua indígena. Este enfoque bilingüe es una característica general en las escuelas de la región.

En el nivel de primaria, están dos instituciones: la Primaria Bilingüe "Adolfo López Mateos" y la Primaria Federal "Cuauhtémoc". La primera ofrece instrucción en español y una lengua indígena, y la segunda se enfoca únicamente en el español. Ambas escuelas están bien equipadas y proporcionan los servicios básicos necesarios para una educación integral.

El nivel secundario está representado por una telesecundaria que abarca los tres grados, y el Colegio de Bachilleres, que cubre el nivel medio superior. Durante mi estancia en la comunidad

se observa que los estudiantes emplean el tzeltal entre ellos, aunque las clases se imparten en español.

Un aspecto que llama la atención del sistema educativo es la pausa diaria en la que los alumnos pueden regresar a sus hogares para desayunar antes de reanudar las clases. Esta práctica refleja una integración de la rutina escolar con la vida doméstica, subrayando la importancia de la alimentación en el día a día de los estudiantes.

Durante la estancia y las conversaciones informales con los estudiantes del Colegio de Bachilleres, se puede notar una interacción bilingüe en el entorno educativo. La coexistencia del tzeltal y el español destaca la riqueza cultural de la comunidad y pone de manifiesto los retos y estrategias para preservar el bilingüismo en el ámbito escolar.

Chiapas, uno de los estados más marginados de México, enfrenta profundos desafíos sociales, demográficos y económicos. La población del estado, que supera los 5 millones de habitantes, está compuesta en un 25% por comunidades indígenas que viven en condiciones de alta marginalidad. De acuerdo con López Arévalo y Martínez Cuero (2018), el 76.8% de la población chiapaneca vive en condiciones de pobreza, con un 28.3% en pobreza extrema. Estas cifras reflejan una estructura económica caracterizada por la alta dependencia del sector primario y una limitada diversificación económica. La carencia de infraestructura adecuada y servicios básicos intensifica la vulnerabilidad de la población ante situaciones de crisis, como la pandemia de COVID-19, evidenciando cómo las deficiencias en el acceso a servicios y las desigualdades estructurales amplifican los efectos de emergencias sanitarias globales.

San Jerónimo Tulijá fue fundado en 1953 y es habitado por campesinos migrantes de pueblos originarios tzeltales (Santana, 2021). Es uno de los ejidos que componen las 692 localidades pertenecientes al municipio de Chilón, Chiapas. Con una población de 1 763 habitantes representa 1% de la población total del municipio de Chilón y 0.03% de la población estatal (INEGI, 2024).

En San Jerónimo Tulijá, predominan las viviendas de madera con techos de lámina, mientras que un menor número utiliza concreto y block. Las familias, con un promedio de 6 a 10 miembros, dependen fundamentalmente de la agricultura, cultivando café, maíz, frijol, y chile, y criando ganado. Recientemente, han incorporado la siembra de palma de aceite para la venta. La economía local enfrenta una alta vulnerabilidad, con ingresos insuficientes para cubrir necesidades básicas. La producción de café está deteriorada por la antigüedad de los cafetales, el alto costo de insumos, plagas y la falta de asistencia técnica, afectando a 347 productores en tres localidades. Los cultivos de maíz, frijol y chile también sufren de bajo rendimiento debido al agotamiento del suelo y la escasez de recursos. Para diversificar sus ingresos, algunos han establecido pequeños negocios como tiendas y venta de ropa. Sin embargo, la falta de oportunidades económicas empuja a muchos jóvenes a buscar empleo fuera de la comunidad. La mayoría de los residentes, incluso los vinculados al movimiento zapatista, recibe apoyo gubernamental a través de programas como “Sembrando Vida” y “Jóvenes Construyendo el Futuro”, así como becas “Benito Juárez”, que proporcionan cierta ventaja económica para las familias (Tovar Rodríguez, 2023).

En general, en San Jerónimo Tulijá, la salud de la gente está influenciada por muchas cosas, como la calidad de los servicios médicos y cómo se administran los recursos del gobierno. Algunos autores, como Torres Vaca et al. (2014), dicen que para entender completamente cómo funciona la salud hay que pensar en cómo se mezclan los hábitos, los valores y la situación económica.

En este escenario los programas sociales, como "Sembrando Vida", han traído cosas buenas y malas. Por un lado, han ampliado la variedad de alimentos que la gente come, pero también han hecho que muchos jóvenes se vayan del pueblo buscando trabajo en otros lugares, cambiando así la forma en que se cultiva y se come. Según La Jornada del Campo (2023), la agricultura

sostenible podría ser una solución interesante para mejorar la vida en el campo y cuidar el medio ambiente.

Pero estos cambios también tienen sus problemas. Por ejemplo, la gente está migrando más debido a la obtención de certificados agrarios que les permiten pedir préstamos para irse a Estados Unidos, como se menciona en la Observación Directa de Campo (2023). Esto puede traer beneficios económicos a corto plazo, pero también problemas a largo plazo para la salud y la comunidad en general.

En cuanto a la atención médica, las creencias religiosas influyen en cómo la gente ve y usa los servicios de salud. Algunos prefieren métodos tradicionales a la medicina moderna, lo que crea un desafío en la forma en que se brinda y recibe la atención médica.

En San Jerónimo Tulijá, dos centros de salud primarios ofrecen atención médica: la Unidad Médica Rural (UMR) del IMSS y la Clínica Zapatista "Murcia Elisa Irina Sáenz Garza". Estos centros están ubicados en proximidad inmediata, separados únicamente por una malla. La UMR del IMSS, a pesar de estar en proceso de remodelación y operar con horarios limitados, complementa el sistema local con una oferta de servicios básicos. Por otro lado, la Clínica Murcia proporciona atención continua durante todo el año, equipada con débil tecnología médica y personal rotante, incluyendo médicos pasantes en servicio social.

Un fenómeno preocupante en la comunidad es la automedicación, facilitada por la venta libre de medicamentos, especialmente antibióticos, sin la necesidad de una receta médica. Esto revela una deficiencia en la regulación sanitaria y conlleva riesgos significativos como la resistencia antimicrobiana. Simultáneamente, la medicina tradicional sigue jugando un papel crucial en la comunidad, con el uso de plantas medicinales y "hueseros", lo que subraya la importancia de armonizar estas prácticas con métodos médicos más regulados y basados en evidencia para lograr una atención de salud más integral y equitativa.

Durante la observación parcialmente participante, en San Jerónimo Tulijá, los tzeltales mantienen vivas sus tradiciones mediante un riguroso calendario de festividades que marca el

inicio y el cierre del ciclo agrícola. Las festividades principales incluyen la celebración de San Jerónimo en septiembre, la Virgen de Guadalupe el 12 de diciembre y San Juan el 27 de diciembre, con actividades como bailes, carreras de caballos y juegos mecánicos. La comunidad tiene dos iglesias católicas y cuatro templos evangélicos, los cuales reciben a unas 200 personas cada domingo. Uno de estos templos proporciona ayuda a niños y adolescentes con despensas y apoyo económico, gracias a donaciones de patrocinadores internacionales.

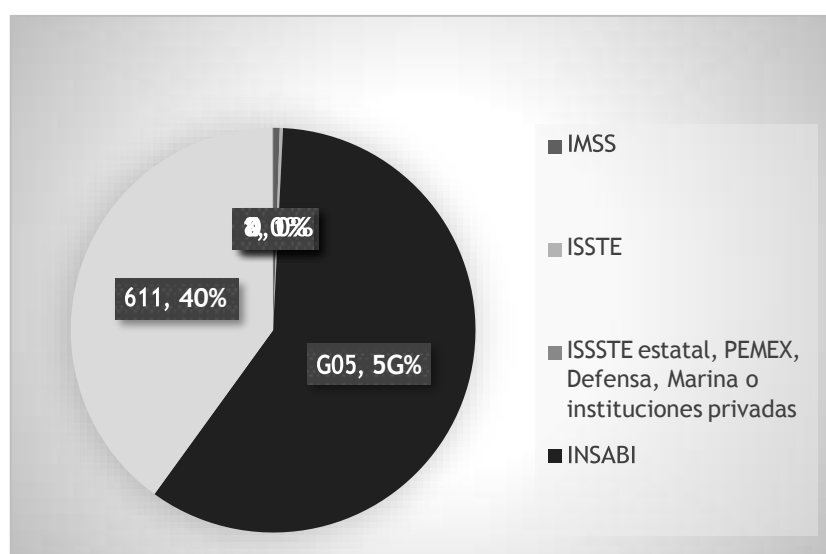
En la comunidad, las festividades católicas más relevantes incluyen la celebración de San Jerónimo (del 27 al 30 de septiembre), el Día de Muertos (2 de noviembre), la Navidad, el Año Nuevo, la Semana Santa y el Día de la Santa Cruz (3 de mayo). Estas festividades actúan como eventos clave que congregan a la población local y atraen a visitantes de comunidades circundantes, catalizando el comercio en el núcleo del pueblo. Las celebraciones están profundamente entrelazadas con el calendario agrícola local. Por ejemplo, la fiesta en honor a San Jerónimo, que se celebra a finales de septiembre, no solo conmemora la llegada del "maíz nuevo", sino que también invoca la esperanza de una cosecha próspera, reflejando la estrecha relación entre las prácticas religiosas y las actividades agrícolas en la vida comunitaria.

Desde el punto de vista político, la estructura organizativa de la comunidad se centra en el liderazgo del "Comisariado", quien coordina las actividades locales en estrecha colaboración con los agentes municipales. En contraste, el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) mantiene una autonomía significativa, enfocándose en la preservación de las tradiciones y la transmisión de la cultura tzeltal a las nuevas generaciones. Sin embargo, esta resistencia a la influencia externa enfrenta desafíos, ya que muchos jóvenes ajenos al EZLN adoptan culturas contemporáneas y se distancian de sus raíces culturales, revelando una creciente integración entre las prácticas tradicionales y las aspiraciones modernas.

El sistema de salud en San Jerónimo Tulijá enfrenta desafíos significativos. Aunque la ubicación del pueblo facilita el acceso a servicios de salud y comercio, la realidad muestra carencias en la prestación de servicios. La clínica “Murcia” ha enfrentado problemas como la falta de personal médico y escasez de medicamentos. Además, la población enfrenta barreras lingüísticas y temores de rechazo en niveles superiores de atención, limitando así su acceso efectivo a la salud. El Estado debe intensificar los esfuerzos para garantizar el derecho a la salud, implementando estrategias y recursos que aseguren una atención digna y efectiva.

En San Jerónimo Tulijá, Chilón, Chiapas, hay 235 personas sin afiliación a servicios de salud, consideradas desprotegidas en términos de cobertura gubernamental. La infraestructura, materiales, recursos y personal son tan escasos que la calidad y disponibilidad del acceso a los servicios sanitarios no se cumplen como se afirma oficialmente. En esta comunidad, se necesitan otras condiciones, lógicas y recursos para ofrecer servicios sanitarios adecuados. Es importante tener en cuenta la cultura y trabajar con la comunidad para mejorar la atención médica. Con la pandemia de COVID-19, esto se vuelve aún más importante. Reconocer el papel crucial de la Clínica Murcia y las parteras locales en el acceso a la salud de las mujeres es un paso importante para mejorar la salud y el bienestar en San Jerónimo Tulijá (INEGI, 2020).

Gráfica 4. San Jerónimo Tulijá. Número de personas con afiliación en SJT 2020



Fuente: Elaboración propia con base en el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2020).

El cambio en la población y la cantidad de mujeres afectan la distribución de la mortalidad y la demanda de servicios de salud, según (Delajara et al., 2018).

1.2.1 Clínica rural del Instituto Mexicano del Seguros Social

Esta clínica se creó en 1979 y se ve directamente afectada por los recursos federales y las reformas al sistema de salud en México.

En las zonas rurales de México, la atención médica se lleva a cabo principalmente a través de clínicas comunitarias. Estas clínicas a menudo enfrentan carencias de recursos tanto en personal como en suministros, lo que dificulta proporcionar una atención adecuada a las personas, especialmente a las mujeres (Delajara et al., 2018).

Y su visión hegemónica, es como, un entrevistado comentó que:

El IMSS-Bienestar se enfoca en la atención de la población más desfavorecida y marginada del país. Este enfoque ha llevado a adoptar una perspectiva paternalista, bajo la premisa de que solo se deben proporcionar servicios básicos de salud a estas comunidades. Los servicios no se ajustan a las preferencias de la población, sino que son dictados por las decisiones del director del IMSS-Bienestar en turno. Inicialmente, el IMSS-Bienestar tenía una visión que incluía la consideración de la cultura y las costumbres locales. El programa reconocía las formas en que las comunidades entendían y abordaban los problemas, valorando la medicina tradicional como un recurso crucial para la salud, independientemente de la evidencia científica. El objetivo era combinar la medicina tradicional con los servicios institucionales para satisfacer las necesidades y deseos de los usuarios. Sin embargo, con el tiempo, especialmente durante el gobierno de Felipe Calderón (2006-2012), estas consideraciones fueron perdiendo relevancia y el IMSS-Bienestar se convirtió en una herramienta manipulable según conveniencias. (Sánchez Pérez, Leal F., Escobar, & León Cortés, 2021, p. 120).

1.2.2 Clínica zapatista Murcia Elisa Irina Sáenz Garza

Speed (2008) argumenta que el sistema de salud zapatista se fundamenta en la medicina tradicional y la organización comunitaria, donde los promotores de salud juegan un papel central, pues son quienes atienden a la población local desde un enfoque holístico y culturalmente pertinente.

El sistema de salud zapatista se sostiene a través de la autonomía comunitaria y la solidaridad internacional, centrado en la medicina preventiva y la educación, sin depender del apoyo gubernamental. Promotores de salud capacitados en las comunidades proporcionan atención que respeta la cultura local y atiende a todos, sin importar su afiliación política. Este modelo combina saberes tradicionales y modernos, asegurando la salud de la población indígena en Chiapas (Bellinghausen, 2008; Mattiace, 2003; Nash, 2001).

En la clínica “Elisa Irina Sáenz Murcia”, los fondos son privados para su funcionamiento y está motivada por ideales de justicia y organización particulares.

La atención de la salud desempeña un papel crucial y está relacionada con los objetivos más amplios del movimiento zapatista en medio de las reformas neoliberales y la descentralización del Estado (Forbis, 2022).

El sistema de salud autónoma zapatista se compone de cinco caracoles e incluye hospitales, laboratorios, ambulancias, farmacias, y promotores y promotoras de salud. Se caracteriza por una versión propia del sistema nacional de salud; es el resultado de una visión comunitaria en cómo enfrentar los problemas sociales, como la salud, partiendo de sus propias experiencias y cultura.

La clínica zapatista Murcia es el resultado de la lucha por la autonomía y la autodeterminación política. En el marco de este esfuerzo, se han establecido municipios autónomos y Caracoles que proporcionan servicios de salud, educación y justicia a las comunidades y regiones autónomas.

Un estudio realizado por pasantes de servicio social de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) en la clínica Murcia, revela que en San Jerónimo Tulijá, los niños comienzan a trabajar

en el campo desde muy pequeños, lo que reduce la atención y prevención de su salud. Las mujeres acuden más frecuentemente a consultas generales que los hombres. Las patologías más recurrentes en mujeres incluyen cefalea tensional y problemas gastrointestinales (Santana, 2021).

Las mujeres de San Jerónimo Tulijá a menudo buscan atención médica en Villahermosa, Ocosingo y Altamirano debido a la desconfianza hacia la clínica de Palenque, reflejada en la frase "a la clínica de Palenque se va a pagar pa' que lo maten a uno. Y, las deficientes condiciones sanitarias en los hogares, la superpoblación y la falta de tratamiento del agua contribuyen a la persistencia de enfermedades intestinales. Las infecciones urinarias son 300% más frecuentes en mujeres que en hombres, y la colitis es 200% más común, debido al estrés y las malas condiciones de limpieza en casa (Santana, 2021, p. 9).

Este apartado abordará la interacción y las tensiones entre los saberes académicos y los conocimientos tradicionales en el contexto del desarrollo humano sostenible en Chiapas, específicamente en San Jerónimo Tulijá. Se analizará cómo la implementación de programas basados en modelos matemáticos y políticas públicas tradicionales ha generado desafíos al no considerar las particularidades culturales y sociales del territorio.

Se expondrán ejemplos concretos de colaboración intercultural, como el diálogo entre médicos y parteras, que ilustran la complejidad y la necesidad de un enfoque integral que combine saberes locales y académicos para lograr un verdadero desarrollo humano en la región. Además, se examinará la experiencia del sistema de salud zapatista como un modelo alternativo y autónomo que desafía las imposiciones estatales, destacando la importancia de construir estrategias de desarrollo que respeten la diversidad cultural y promuevan la autodeterminación de las comunidades originarias.

1.2.2.1 Desarrollo Humano y Diálogo de Saberes en San Jerónimo Tulijá

Aunque los modelos matemáticos basados en factores como el número de población, las edades, los índices de desarrollo humano y la pobreza son importantes, no son los únicos elementos que considerar. Estos indicadores no reflejan las diversidades, otredades, las relaciones de género, y especificidades de las relaciones humanas, y pueden no hallar las respuestas a los problemas en los otros, y continuar con las fallas de las políticas públicas al imponer o proponer programas sociales. En el contexto del desarrollo sostenible en el México rural indígena de Chiapas, se cuestiona la aplicación de modelos matemáticos para estudios regionales. Se sostiene que, aunque estos modelos pueden ser útiles y determinantes, no son suficientes ni adaptables a la realidad del territorio. La realidad no debe ser ajustada para encajar en los modelos, sino que es necesario analizarla desde su propia perspectiva (Cortés, 2024).

El programa de la UAM (Universidad Autónoma Metropolitana) surge por los inicios de la universidad y se orienta a problemas reales, busca colaboración de unidades, disciplinas de la UAM en investigación. El desarrollo humano en Chiapas tiene un auge durante el levantamiento zapatista en Chiapas. En el programa participan investigadores, profesores, estudiantes de posgrado y de diferentes carreras y enfoques, entre ellas salud con un modelo de vinculación con la sociedad.

En la unidad de la UAM en Xochimilco, el programa se inició hace 40 años de manera ininterrumpida por el médico Joel Heredia, con maestría en desarrollo y servidor sociales de medicina. Su acercamiento a la comunidad fue a través del servicio social. La investigación, formación y servicio universitario integra funciones de la universidad en colaboración con grupos actores comunidades, cooperativas, cultura y salud de la sociedad e investigación colaborativa formación desarrollo de capacidades.

Las experiencias con el programa demuestran que el bagaje de cada disciplina cuestiona lo aprendido y ocurre un choque cultural, de conocimientos, representa una aventura, aprendizaje, reacciones de las condiciones difíciles, reconocimiento de que el conocimiento no se apega a la problemática otros repiensen la práctica del conocimiento.

Por ejemplo, una médica reflexiona sobre las circunstancias que rodean un embarazo cuestionable y recurre al traslado al hospital para recibir apoyo. La partera, con su conocimiento ancestral tradicional, ofrece soluciones ante el problema, fomentando así la colaboración entre saberes ancestrales y el conocimiento científico académico respaldado por la tecnología.

Entonces, se lleva a cabo una práctica donde se entabla un diálogo intercultural, involucrando tanto la resistencia como la participación de ambas partes, especialmente con los jóvenes, mujeres que hablan tseltal o los niños. Algunos médicos eligen quedarse y hacer su vida en Chiapas, lo que los lleva a reinterpretar su concepción de la ciencia.

Otros científicos colaboran con organizaciones no gubernamentales, mientras que aquellos que regresan aprenden de la sabiduría local del territorio. Es esencial trascender el ámbito escolar para reconocer y fusionar los conocimientos locales con los académicos, logrando así una inclusión más amplia de las ideas provenientes de los pueblos mesoamericanos.

¿Es desarrollo humano por qué? Se trata de una visión crítica de las imposiciones, se replantea el concepto y lo que implica. El desarrollo humano pretende ser una perspectiva más integral. Dar la posibilidad de potenciar las capacidades humanas de los derechos humanos en su garantía, ese es el posicionamiento. Con visión crítica basada en participación social comunitaria de actoras alrededor de las necesidades intereses y que los académicos se vinculen y colaboren no solo den los conocimientos y usen metodologías propuestas.

El cruce de saberes implica la construcción de diálogos entre distintos tipos de conocimiento: desde los saberes populares o tradicionales de mujeres y jóvenes hasta los académicos y disciplinarios, centrados en las prioridades del territorio. Existe cierta receptividad entre los representantes del gobierno comunitario respecto a sus intereses y opiniones sobre el gobierno y la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), lo que fomenta la interacción de Chiapas, México, y otros países.

Las comunidades están satisfechas con la presencia de la UAM. "Nunca solicitan que se retiren", más bien "esperan formas de colaboración con ellos". Por ejemplo, los trabajadores o promotores educativos bilingües expresan sus preocupaciones y prioridades, como los riesgos a los que se enfrentan las comunidades, abordados desde diversas disciplinas.

Esto implica que la estomatóloga se enfoca en la salud bucal, la estudiante de arquitectura aborda el tema de los riesgos relacionados con las condiciones de vivienda y plagas, la estudiante de planeación evalúa los riesgos de sequías, inundaciones o terremotos, y la estudiante de diseño gráfico examina los riesgos de migración en relación con las comunidades.

El desarrollo humano es sostenible cuando se enfoca en mantener las condiciones necesarias para sustentar el progreso a largo plazo, considerando el equilibrio entre el medio ambiente, la economía y la salud comunitaria. Mirar hacia adelante implica mejorar la salud a través de iniciativas impulsadas por la comunidad, lo que ayuda a reducir las pérdidas de producción, como el consumo de frutas por parte de los animales. Por ejemplo, estudiantes de diseño industrial pueden desarrollar secadores económicos para preservar las frutas, lo que permite almacenarlas o venderlas. Estas iniciativas surgen de las necesidades y demandas específicas del territorio, demostrando el poder transformador de la acción local.

Los ejes de acción del desarrollo humano abordados por el programa incluyen:

Educación y Derechos Humanos: que promueve la educación y los derechos humanos como pilares fundamentales del desarrollo humano.

Equidad de Género: El programa se compromete con la promoción de la equidad de género a través de la participación de organizaciones dedicadas a este fin.

Salud: Se prioriza la mejora de la salud en la comunidad, abordando diversas áreas y necesidades para garantizar un bienestar integral.

Producción: Fomenta la producción sostenible y el desarrollo económico, buscando generar oportunidades para el crecimiento y la prosperidad de la comunidad.

Educación Infantil y Juvenil: Se promueve el acceso a una educación de calidad para niños y jóvenes, reconociendo su importancia en el desarrollo individual y comunitario.

Producción Ecológica: Se impulsa la producción y el consumo ecológicamente sostenibles, en línea con la conservación del medio ambiente y el desarrollo sostenible.

Diseño Industrial Diversificado: Se aborda una variedad de temáticas a través del diseño industrial, adaptándose a las necesidades cambiantes y diversas de la comunidad.

Los exponentes de estos ejes de acción pueden ser encontrados en los videos y página web del programa, donde se presentan casos de éxito, testimonios y recursos relacionados con cada uno de estos temas.

La seguridad en México representa un desafío significativo, especialmente en las comunidades donde la situación se agudiza. Actores locales y las propias comunidades colaboran con investigadores, mientras que los médicos hacen todo lo posible por brindar atención dentro de las limitaciones de recursos y capacidades comunitarias. Existe un sentido de cuidado dentro de la comunidad. Sin embargo, persisten comportamientos que pueden ser inaceptables, aunque no necesariamente irreparables. La reducción en el tiempo de estadía por las becas ha llevado a cambios en la dinámica, con estancias más breves en comparación con meses anteriores.

Durante la estancia en San Jerónimo, de manera más específica se ha observado algunas de las conductas de la población y de las mujeres de San Jerónimo Tulijá relativas a la cosmovisión general de la salud, se observa un grado variable de aceptación hacia diferentes grupos de población. La comunidad tiende a aceptar a maestros y doctores que llegan a la zona y que ofertan sus servicios en beneficios, pero, las actitudes cambian cuando se trata de población originaria de otros países, que realiza prácticas percibidas como diferentes, particularmente en el ámbito de la salud (observación de campo).

Las dificultades del desarrollo humano en el sur de Chiapas se vieron agravadas por episodios de violencia, especialmente durante períodos de ocupación militar del ejército zapatista y la presencia de retenes. Estudiantes y profesores se enfrentaron a situaciones peligrosas, como el hostigamiento por parte de paramilitares, como ocurrió con estudiantes de biología que realizaban actividades médicas en la comunidad. Esta situación demostró cómo la presencia de retenes militares podía afectar adversa mente a la prestación de servicios médicos, incluso cuando eran proporcionados por médicos locales asociados con los zapatistas en la comunidad.

Mayoritariamente los rectores han ido a conocer el trabajo de las comunidades en 28 años del progreso del desarrollo humano y de los 40 años del proyecto de salud y se dan cuenta de la interacción entre comunidades organizaciones y la universidad.

¿Cómo involucrar más jóvenes de la universidad en el proyecto? Se lanzó una convocatoria por parte del rector general y la propuesta coincidió después de 2 años con Chiapas y otros lugares de investigación con formación y acción con organizaciones campesinas, etc. La UAM participa con profesores de ciencias biológicas, sociales, de ciencias básicas e ingeniería sociales de la unidad Azcapotzalco, donde estudiantes de ciencias sociales, agronomía, biología, producción animal, planificación territorial, diseño gráfico, comunicación, sociología, etc., se involucran.

Este proyecto está concebido para trabajar durante año y medio en comunidades de aprendizaje y participar como promotores en el proceso estudiantes y profesores con diálogo de saberes. La metodología incluye producción, alimentación, salud, políticas públicas, etc.

Pero, esta forma bilateral de conocimiento está limitada porque es a corto plazo (servicios social sostenible con el territorio), y es mayor el conocimiento o el bienestar que el sistema institucional da al territorio que viceversa, porque qué tanto del conocimiento del territorio trasciende en el ámbito institucional a mediano plazo, al menos, y que tanto este desarrollo humano se relaciona con la pregunta ¿Cuáles son los efectos de la recentralización del gasto público en la calidad y disponibilidad de los servicios de salud de la clínica rural del IMSS para las mujeres de San Jerónimo Tulijá durante el COVID-19, y cómo reaccionaron la clínica zapatista Murcia y las parteras en el territorio con sus propios recursos, destacando la relación entre la recentralización y el papel de las organizaciones de salud comunitaria?

Pese a ello, los logros es la sostenibilidad del programa. Desde el inicio del programa en salud hace 40 décadas. Es porque no hay una situación grave o irreparable de estudiantes en las comunidades. Este movimiento resalta según la UAM, que se resuelva los problemas que la sociedad no intenta resolver, es más que una crítica al estado. Y el modelo adecuado de la UAM es el programa.

1.2.2.2 La transformación del movimiento zapatista y la salud de las mujeres en San Jerónimo Tulijá durante la pandemia.

Este apartado es importante porque da un contexto de cómo se desarrolla la clínica zapatista Murcia dentro del movimiento zapatista, su vigencia y transformación o evolución.

El sistema tiene una constante transformación desde sus orígenes cuando, el EZLN tuvo un enfrentamiento con el gobierno mexicano, por la libertad, democracia, justicia y paz.

Actualmente la presencia militar del grupo ha cambiado, las comunidades indígenas continúan construyendo sistemas autónomos en silencio. Gerardo González Figueroa, experto en el Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR) y fundador de la Coordinación de Organismos no Gubernamentales por la Paz (CONPAZ), destaca que el EZLN ahora está más enfocado en la consolidación de sus estructuras civiles autónomas.

Tras conflicto armado y diálogo roto en 2001, comunidades zapatistas construyen autonomías en áreas presentes. Crean municipios autónomos rebeldes y caracoles zapatistas, dirigidos por Juntas de Buen Gobierno. Aunque sin datos exactos, las comunidades restringen la información. La autonomía cambia con entradas y salidas (Ángeles Mariscal, 2011).

Los Caracoles zapatistas, como Morelia, La Garrucha, La Realidad, Roberto Barrios y Oventic, son centros de actividad que ofrecen programas educativos, de salud y productivos. Acceder a ellos requiere permiso de las Juntas de Buen Gobierno, lo que puede implicar demoras. La Revista Rebeldía es una fuente crucial para entender el proceso interno del EZLN, ofreciendo testimonios y análisis. Aunque la presencia pública del subcomandante Marcos ha disminuido, su influencia persiste a través de la revista y sus mensajes (Ángeles Mariscal, 2011).

En resumen, el protagonismo actual recae en las comunidades autónomas zapatistas, lo que refleja un cambio hacia la construcción civil del país en lugar de un enfoque político-militar.

Por otro lado, históricamente las condiciones de acceso a la salud de las mujeres de San Jerónimo Tulijá en tiempos de pandemia, se determinan por los factores sociales, económicos y

culturales que influyen en la oferta y percepción de los servicios de salud en la comunidad. Se examina el impacto de la pandemia de COVID-19 en la región que da cuenta de la necesidad de las estrategias integrales y culturalmente sensibles para mejorar la calidad de vida y la salud de las mujeres en San Jerónimo Tulijá, Chilón, Chiapas.

Además de los riesgos epidemiológicos, como la alimentación, el sedentarismo y el tabaquismo, enfrentar estos desafíos va más allá del ámbito médico. Requiere un enfoque que involucre a sectores como la educación, la política fiscal y la gestión territorial (Delajara et al., 2018).

1.2.3 Parteras

Las parteras tradicionales, reconocidas por la OMS y la ley mexicana, son clave en la medicina indígena, trabajando en la atención del embarazo bajo la Secretaría de Salud e IMSS. Como "ticitl" en náhuatl, cuidan a mujeres desde antes del embarazo, con respaldo de la OMS para reducir mortalidad materna con capacitación adecuada. La Constitución y Ley de Salud les permiten ejercer con certificación, atendiendo embarazos normales y refiriendo casos complicados. Esta normativa busca fortalecer su rol en la salud materno-infantil en comunidades indígenas y rurales (Secretaría de Salud, s/f).

Davis-Floyd (2022) explora los paradigmas culturales subyacentes al parto, desde los modelos tecnocráticos hasta los enfoques holísticos, como dos extremos de un espectro de creencias. Estos paradigmas reflejan los conflictos ideológicos entre la biomedicina y la curación holística, así como entre los industrialistas y los activistas ecológicos. Su análisis destaca la lucha de valores que define nuestro futuro, visible en los rituales diarios. Además, señala cómo las prácticas obstétricas son rituales que internalizan valores culturales y afectan nuestras creencias más profundas sobre el control de los procesos naturales. En su obra, Davis-Floyd ofrece una reflexión profunda sobre el parto, la cultura y las formas de conocimiento, con propuestas para el cambio en el contexto latinoamericano.

Menéndez (2022) plantea que el nulo diálogo de conocimientos de salud ancestrales y el sistema de salud pública en México, demuestra que las reformas gubernamentales en materia de salud han alternado entre la protección de la herencia cultural indígena y la priorización de metas

políticas y económicas. Menéndez resalta la ausencia de un enfoque holístico en la prestación de atención médica y señala las repercusiones de esta orientación selectiva.

Por ejemplo, dentro del programa de desarrollo humano para Chiapas, llevado a cabo por la Universidad Autónoma Metropolitana en territorios marginados, los estudiantes de diseño industrial responden a la solicitud de los médicos para capacitar a las parteras sobre el crecimiento de los bebés. Para ello, crean un simulador del parto y del desarrollo del bebé, utilizando un maniquí que simula el embarazo y el parto. Además, desarrollan dispositivos para el cuidado de niños con parálisis cerebral, con el fin de evitar que sean atados para restringir su movimiento (Cortés, 2024).

A primera vista, los servicios de salud en San Jerónimo Tulijá parecen ser diversos, involucrando actores públicos, autónomos-privados y alternativos. Sin embargo, esta aparente diversidad no logra satisfacer completamente las demandas de atención médica, especialmente en niveles avanzados. Todas las ofertas de salud de la comunidad más allá de proporcionar servicios médicos, estas clínicas también buscan fomentar la conciencia comunitaria y contribuir a valorar las distintas realidades locales (Santana, 2021).

Es crucial considerar las condiciones hospitalarias, los indicadores de calidad del servicio y el acceso eficiente, incluyendo la implementación del expediente clínico electrónico. Las disparidades en infraestructura son notables y conducen a una distribución desigual de recursos entre las diversas regiones geográficas y socioeconómicas del país (Delajara et al., 2018).

1.2 La pandemia COVID 19

De la Cruz, Tezanos y Madrueño (2022) analiza la crisis multidimensional del COVID-19 que ha revelado debilidades en las capacidades de los Estados para responder eficazmente a la pandemia, afectando la salud pública, la economía y el bienestar social. Este estudio analiza qué tipo de capacidad estatal ha sido más efectiva para enfrentar la pandemia, usando un análisis de clúster jerárquico que clasifica 99 países en cuatro grupos según sus respuestas sanitarias, económicas y sociales. Los resultados muestran que no hay una relación lineal simple entre la capacidad del Estado y los efectos de la pandemia; cada clúster tiene características y efectos específicos. Se rechaza la hipótesis de que una fuerte capacidad estatal es indispensable para minimizar los efectos negativos del COVID-19. La crisis subraya la necesidad de revisar la investigación sobre la capacidad estatal, ya que las teorías previas no explican adecuadamente las diferencias internacionales en desempeño público durante la pandemia.

La salud financiera, entendida como la capacidad de gestionar los recursos económicos diarios, hacer frente a emergencias, lograr metas y aprovechar oportunidades, ha cobrado una importancia aún mayor durante la pandemia de COVID-19. Muchos mexicanos ya enfrentaban dificultades financieras antes de la crisis, situación que se agravó debido a la reducción de ingresos y el aumento del desempleo. Se han recomendado diversas estrategias para enfrentar estos desafíos, incluyendo la reducción de gastos, la búsqueda de apoyos gubernamentales, la diversificación de ingresos y la gestión responsable de créditos. Mantener una estabilidad financiera es fundamental, y apoyar a otros en situaciones similares también puede ser crucial. (Cárdenas Salgado, 2020).

Durante 2019, la actividad económica en México se contrajo, afectando sectores clave como Manufactura, Servicios Inmobiliarios, Comercio, Construcción y Transporte. A nivel regional, se observó una dinámica de contracción y recuperación, influenciada por la composición sectorial de las economías estatales. En el primer semestre de 2020, la pandemia provocó una contracción promedio en el empleo, con caídas notables en actividades turísticas, especialmente en estados como Quintana Roo y Baja California Sur. La industria automotriz cayó debido a la crisis sanitaria y la menor demanda desde 2019. Las pymes se concentran en el comercio y dependen del financiamiento bancario, especialmente en crisis (BBVA, 2020).

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

El apartado examina las implicaciones de la recentralización del gasto público en salud en San Jerónimo Tulijá durante la pandemia de COVID-19. Se analiza cómo esta recentralización ha afectado la calidad y disponibilidad de los servicios de salud, específicamente para las mujeres, y se compara con las respuestas y estrategias de organizaciones locales de salud comunitaria, como la clínica zapatista Murcia y las parteras.

El objetivo es evaluar cómo la recentralización del gasto público interactúa con la provisión de salud en el territorio, destacando tanto los efectos negativos como las respuestas comunitarias. Utiliza teorías de Max-Neef sobre la pobreza y los satisfactores para entender las deficiencias en la atención médica y las respuestas alternativas en contextos de crisis, como la pandemia. Además, el análisis busca evidenciar cómo las reformas de salud pública y el enfoque de desarrollo humano afectan la calidad de vida de las mujeres en el área y la efectividad de los sistemas de salud locales.

2.1 Salud, federalismo fiscal, pobreza y desarrollo humano

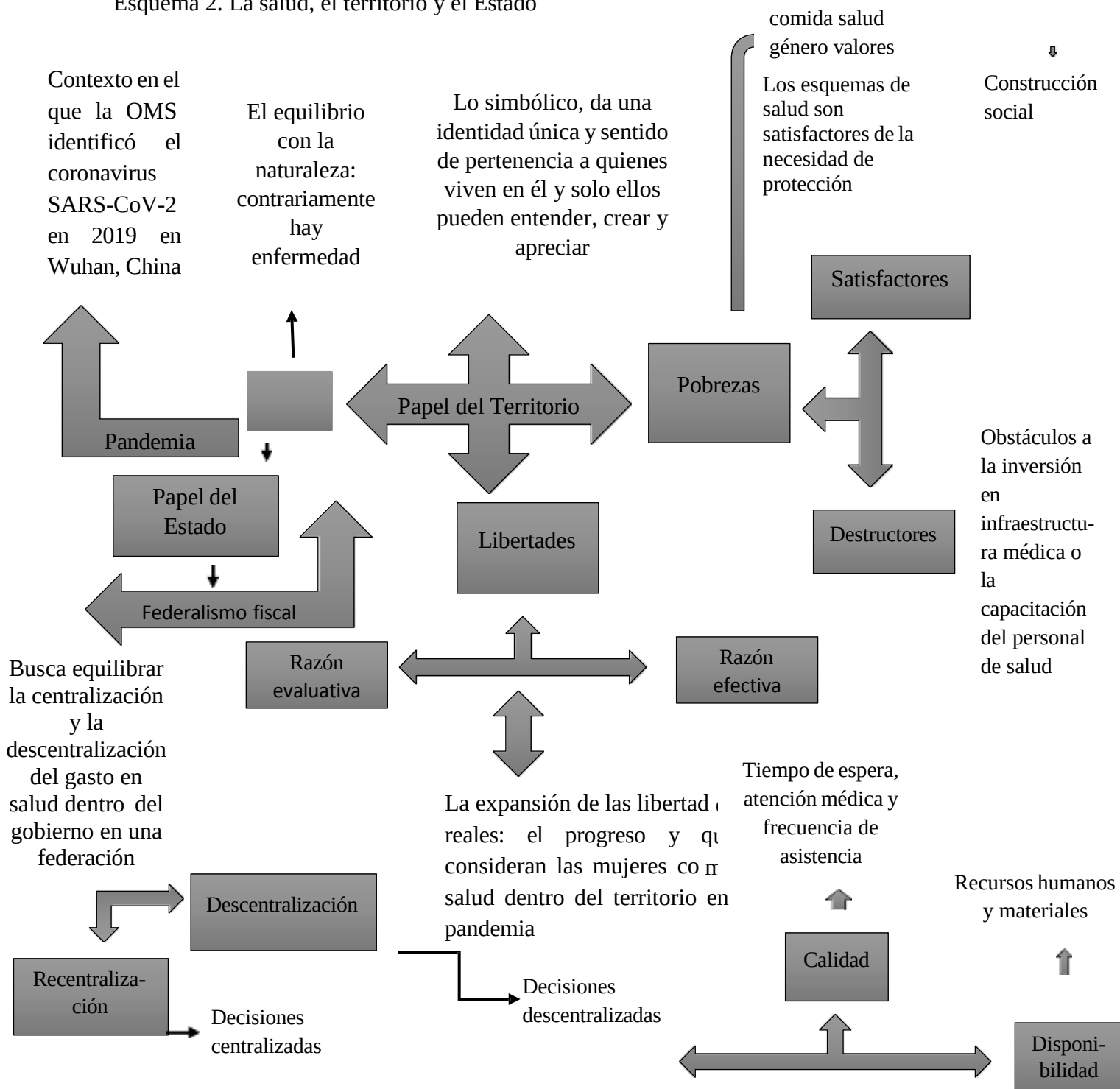
En el esquema 2 se muestra el papel del territorio en la salud, o sea, el equilibrio con la naturaleza, que de hecho se rompe con la pandemia. Además, el papel del territorio en la salud puede adoptar la forma de pobreza, o sea que las carencias de comida, salud, valores y género pueden coactar el acceso a la salud, al mismo tiempo, existen satisfactores y destructores que favorecen o entorpecen el acceso a la salud. El papel del territorio también toma forma de libertades para alcanzar el desarrollo humano, o sea, sea por el progreso hacia el acceso a la salud o por lo que, desde el territorio, con los actores se valore como tal.

Sin embargo, el papel del estado en la salud sobresale por la búsqueda del equilibrio de la centralización y la descentralización del gasto en salud dentro del gobierno en una federación. Tanto la recentralización como la descentralización han oscilado entre proteger el uso adecuado

de los recursos económicos, para la salud tanto por decisiones centralizadas o descentralizadas que afectan la calidad y disponibilidad.

Tanto el Estado como el territorio buscan mejorar el acceso a la salud de diferentes maneras: con recursos económicos o a partir de discursos sobre encontrar respuestas por las otredades y especificaciones de los seres humanos, más allá de masas y modelos económicos. En general el estado tiene mayor capacidad de recursos, pero no atiende a fondo los problemas de la sociedad ya que dentro de las reformas del estado suelen ser llamados ejes transversales. Mientras que en el territorio la capacidad de recursos suele ser menor, pero tienen mayor proximidad con los problemas, adicionalmente estos problemas son el centro de la atención de los esfuerzos por resolverlos y no únicamente aleatorios.

Esquema 2. La salud, el territorio y el Estado



Fuente: elaboración propia en base a Sen, 2000, Neef, 1998 y Oates, 1972.

2.1. Salud

La Ley General de Desarrollo Social de México, en su título segundo sobre los derechos y obligaciones de los sujetos del desarrollo social en su capítulo único, establece claramente que “son derechos para el desarrollo social la salud, la alimentación de calidad y nutritiva, la vivienda digna y decorosa y la educación entre otros” (Ley General de Desarrollo Social, 2022, p. 32). Este marco legal resalta la importancia de garantizar el acceso a servicios de salud de calidad para todos los ciudadanos.

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades y es el equilibrio con la naturaleza, si se pierde este equilibrio hay enfermedad" (OMS, 1946, p. 100; Torres Vaca et al., 2014).

Los servicios públicos engloban una serie de actividades y subsidios regulados por la legislación estatal con el propósito de atender las necesidades de la sociedad. Este término abarca una amplia gama de servicios esenciales, entre los que se incluye el cuidado de la salud, como se destaca en la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Estos servicios son fundamentales para garantizar el acceso equitativo a la atención médica y otros recursos relacionados con la salud, contribuyendo así al bienestar y la calidad de vida de la población.

En el ámbito público, la coordinación y la autonomía son fundamentales para asegurar un funcionamiento eficiente, como señala Díaz (2002). Por otro lado, el federalismo fiscal se ocupa de regular las relaciones financieras entre los distintos niveles de gobierno, garantizando una distribución equitativa de los recursos. En relación con la salud, el gasto público comprende una amplia gama de servicios, desde atención médica hasta salud pública, según lo establecido por la OCDE (2023). Este gasto en salud abarca tanto las inversiones del sector público como del privado, incluyendo programas destinados a la prevención y la gestión de la salud pública.

La gestión de recursos y la toma de decisiones, tanto a nivel territorial como estatal, pueden influir en la corrupción y tienen efectos diferentes en países desarrollados y en desarrollo, según afirma Goodspeed (2012). En países desarrollados, donde las instituciones y los mecanismos de control suelen ser más robustos, las prácticas corruptas tienden a ser menos frecuentes y menos

perjudiciales en comparación con los países en desarrollo, donde la falta de transparencia y la debilidad institucional pueden facilitar la corrupción y sus impactos negativos.

Como lo establece la OMS, la calidad de los servicios de salud se evalúa a través de varios aspectos clave. En primer lugar, se considera el tiempo de espera, que refleja la prontitud con la que los pacientes reciben atención médica. Otro aspecto esencial es la calidad de la atención médica proporcionada, que abarca desde la competencia del personal hasta el trato brindado a los pacientes. Además, se evalúa la frecuencia de asistencia, que indica la continuidad y efectividad del tratamiento.

Por otro lado, la OMS señala que la disponibilidad de servicios se evalúa considerando tanto los recursos humanos como los materiales disponibles en las instalaciones de salud. Esto implica analizar si hay suficientes profesionales de la salud y equipos médicos para satisfacer las necesidades de la población.

La eficiencia de los servicios sanitarios, lo que implica asegurarse de que los recursos se utilicen de manera óptima para obtener los mejores resultados en términos de salud para los pacientes. Estos criterios son fundamentales para garantizar que los servicios de salud sean accesibles, efectivos y equitativos para todos, como señala la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

La eficiencia en el sistema de salud implica lograr los objetivos sociales utilizando los recursos disponibles. Esto se alcanza garantizando la eficacia y efectividad de las intervenciones, lo que implica asegurar que sean beneficiosas para los pacientes y mantener una relación favorable entre riesgos y beneficios en todas las intervenciones (George Quintero et al., 2017).

Y la salud tradicional son los conocimientos y prácticas específicos de diferentes culturas para preservar la salud (Organización Mundial de la Salud, 2017).

La medicina tradicional engloba conocimientos, habilidades y prácticas arraigadas en las culturas originarias. Estas prácticas, algunas científicamente explicables y otras no, se utilizan para mantener, prevenir, diagnosticar o tratar enfermedades físicas y mentales. Incluye la

fitoterapia, el uso de plantas medicinales, y a los sanadores tradicionales, quienes poseen conocimientos transmitidos generacionalmente y los aplican en sus comunidades (OMS, 2023).

Al explorar un área geográfica en particular, como el territorio donde se desarrollan las ideas sobre la salud y el bienestar, es esencial tener en cuenta la percepción y concepción que los habitantes tienen de su territorio. Esta noción, como señala González (2011), nos permite adentrarnos en la comprensión más básica de la estructura y funcionamiento del espacio socialmente construido, incluyendo aspectos relacionados con la salud. Las ideas sobre el territorio varían según el contexto, ya que está impregnado de significados simbólicos que generan una identidad única. Esta identidad crea un sentido de pertenencia exclusivo para quienes viven en él, que solo ellos pueden entender, crear y apreciar.

Este vínculo entre las percepciones del territorio y la identidad de sus habitantes se entrelaza con su visión de la salud y el bienestar, ya que la forma en que perciben su entorno influye en cómo cuidan de sí mismos y de los demás. Delimitar un periodo específico o analizar las instituciones oficiales relacionadas con dicho territorio también resulta fundamental en este proceso de estudio, ya que permite comprender cómo los contextos históricos y sociales influyen en las nociones de salud y bienestar de una comunidad.

Este concepto de identidad y pertenencia también se entrelaza con la noción de "local", como lo describe Subirats (2009), donde la historia compartida y la conexión personal contribuyen a esta sensación de comunidad arraigada en un lugar específico (Subirats, 2009, p. 42).

La libertad condicionante de un ser humano consiste, en que desempeña un papel crucial en la protección de grupos vulnerables, como mujeres y niñas (Sen, 2000; Max-Neef, 1998). Este concepto, destaca la importancia de crear entornos y estructuras sociales que permitan a estos grupos ejercer su libertad de manera efectiva, superando las barreras y restricciones que puedan enfrentar en su vida diaria.

María Lamas (1996) enfatiza la urgente necesidad de políticas gubernamentales que aborden las condiciones culturales, económicas y sociopolíticas que perpetúan la discriminación de género, como parte de un desarrollo equitativo y democrático. Destaca que estas condiciones, arraigadas

en el género y no en la biología, generan desigualdad en áreas como la salud, a pesar de la igualdad formal establecida en la Constitución.

Desde la perspectiva de género, se argumenta que es esencial entender y resolver la discriminación contra las mujeres en diversas esferas, como la salud, el trabajo, la educación y la política. Esto implica desafiar los estereotipos de género y promover la igualdad en todos los aspectos sociales, incluyendo la salud. Se subraya que las diferencias entre hombres y mujeres no deben justificar la discriminación, ya que muchas de estas disparidades son construcciones sociales. Por lo tanto, es crucial transformar las normas y expectativas de género en la sociedad y promover la igualdad en especial en tiempos de pandemia.

En el contexto de México, se evidencian notables disparidades en la atención médica, con marcadas diferencias entre la medicina pública y privada, así como entre quienes tienen seguro médico y quienes no (Páez, 2021). Este escenario se desarrolla en un contexto en el que la Organización Mundial de la Salud identificó el coronavirus SARS-CoV-2 en diciembre de 2019 en Wuhan, China.

2.1.2 Federalismo fiscal

Para entender un poco acerca de cómo la descentralización afecta la atención médica, podemos ver que, tanto a nivel local como nacional, los servicios de salud influyen en la productividad, pero también en el desarrollo humano incluyendo a las mujeres en un territorio específico. La disponibilidad de recursos oficiales para la salud puede influir en la forma en que las mujeres y comunidades se organizan y en su capacidad de gestionarse por sí mismas. Cuando la población (mujeres) participa en la planificación, financiación, mantenimiento y supervisión de los servicios de salud, se abren más oportunidades para impulsar el desarrollo (humano) en otros aspectos de la vida comunitaria (Jeannetti, 1986, p.175)''.

Al inicio de la descentralización del sistema de salud en México, las entidades financieras tenían poca libertad económica. Se apoyaban principalmente en fondos estatales y tarifas de servicios. Además, el gobierno central tenía el control sobre cómo se gastaban los fondos en cada estado, basándose en el historial presupuestario (Moreno y Flamand, 2012).

2.2.2.1 Primera generación del federalismo fiscal

En la primera fase del federalismo fiscal destaca P. Samuelson y establece la definición de los bienes, servicios públicos y de K. Arrow sobre las funciones del sector público y privado que señalan la importancia y pertinencia de los gobiernos locales en cuanto a responsabilidad y cumplimiento en la provisión de servicios como a salud a favor de la descentralización (Saragos, 2012, p. 15).

Los encargados del gobierno local, provincial, estatal y municipal son reconocidos por su capacidad para asignar con eficacia recursos públicos, especialmente en servicios y bienes esenciales que pueden cambiar con el tiempo (Musgrave y Musgrave, 1992; Oates, 1972; Rubinfeld, 1987).

El acceso a la atención médica de las mujeres en San Jerónimo Tulijá se ve restringido debido a la espera prolongada, la escasez de recursos humanos, materiales y financieros. En esta situación, los recursos disponibles durante la recentralización parcial afectan la calidad y disponibilidad de los servicios de salud, especialmente durante la pandemia.

Luego, en el caso de México y Chiapas “La descentralización parcial, sin autonomía de ingresos se relaciona con que existen desequilibrios verticales y horizontales” (Musgrave 1959; Oates 1972; Tiebout 1956 y Rubinfeld 1987).

Esto significa que, "El gobierno local tiene menos acceso a impuestos que generan más ingresos, ya que el gobierno central los recauda con mayor eficiencia y a un menor costo. Además, esto se debe a las diferencias en el desarrollo económico entre diferentes áreas" (McLure, 1993; López y mayo, 2012).

Por ejemplo, para los países desarrollados, como México, el proceso de descentralización es diferenciado y esto se debe a que “En los países federales para que los gobiernos locales alcancen niveles eficientes en la provisión de bienes públicos y cumplan con sus funciones, disponen de fuentes de financiamiento como ingresos propios, transferencias fiscales intergubernamentales y deuda” (Oates 1999).

Dicho de otro modo, “Las transferencias son el eje del financiamiento y su relación con los servicios públicos, la rendición de cuentas del sistema y la coordinación fiscales es directamente positiva” (Shah 1997, pp. 30-31).

Lo anterior significa que “El sistema de transferencias tiene que generar incentivos a favor de los gobiernos locales para desarrollar fuentes de ingresos independientes” (Kee, 2004).

Las deficiencias de la descentralización parcial en México tienen distintos impactos. En los países federales, el sistema de transferencias se divide en dos fondos: uno resarcitorio (transferencias incondicionadas) y otro compensatorio (transferencias condicionadas). Las primeras van a compensar a los gobiernos locales por dar parte de su capacidad de recaudación al gobierno central, corrigiendo desequilibrios entre niveles gubernamentales y motivando a los locales a mejorar su recaudación. Las transferencias compensatorias, por otro lado, garantizan recursos suficientes para servicios públicos de calidad, reduciendo disparidades regionales (Hernández e Iturribarria, 2003; Bird y Smart, 2002; López y mayo, 2012).

En México, las transferencias incondicionadas se envían sin restricciones sobre su uso, mientras que las transferencias condicionadas están específicamente etiquetadas para áreas como salud, desarrollo social, seguridad pública y educación (López y mayo, 2012; Webb y González, 2004).

Una vez más, “La descentralización tiene que estar acompañada con la descentralización de ingresos y gastos al fin de aminorar mecanismos irresponsables que pongan en peligro la eficiencia económica del gasto” (Tanzi 1995).

En conclusión, la primera generación del federalismo fiscal destaca la importancia de la descentralización, respaldada por teorías económicas clásicas y la noción de que la participación local en la planificación y gestión de los recursos conduce al desarrollo en diversos sectores, incluida la salud.

Esta perspectiva enfatiza la eficiencia y la capacidad del territorio. La primera generación destaca la importancia de la participación local y la autonomía en la gestión de recursos para promover el desarrollo en diversas áreas, incluida la salud. Esto sugiere que la descentralización puede ser beneficiosa en contextos donde las comunidades locales están capacitadas y

comprometidas. Los resultados tendrían que reflejarse en el acceso a los servicios médicos de calidad y disponibles para las mujeres que acuden al IMSS de SJT, especialmente en pandemia.

Aquí hemos visto por qué es importante entender que la de descentralización sin un aumento de la autonomía en impuestos por parte de las clases altas, es una descentralización parcial con transferencias que desencadenan en corrupción de recursos económicos afectando como reforma la calidad y disponibilidad de la oferta de salud de las mujeres indígenas de SJT en pandemia.

También la descentralización parcial arroja resultados negativos bajo circunstancias adversas, sean estas economías desarrolladas, dando paso a desequilibrios sobre la calidad y disponibilidad de la salud, sobre todo en comunidades marginadas y para grupos vulnerables como las mujeres, en tiempos recesivos en términos económicos y en términos de salud, como durante la pandemia. Ahora veremos la segunda generación del federalismo fiscal, su relación con la salud pública y sus diferencias con la primera etapa.

2.2.2.2 Segunda generación del federalismo fiscal

Durante la segunda etapa de descentralización se introdujo cambios en las reglas institucionales oficiales de la primera generación. Ahora, las entidades federativas tenían la capacidad de decidir cómo utilizar los recursos federales, aunque aún debían cumplir con los objetivos establecidos a nivel central y garantizar una prestación mínima de servicios. Y, las transferencias se basarían en las condiciones socio económicas y de salud de cada entidad (Moreno y Flamand 2012).

En la segunda generación de estudios sobre federalismo fiscal, se reconoce que los bienes públicos desempeñan un papel fundamental en la explicación de la responsabilidad del gasto público a nivel subnacional. Esto ha sido respaldado por varios autores, como Rodden (2002), Oates (2005).

Dentro de la visión hegemónica, la función de distribución y estabilización del gobierno nacional depende de las necesidades territoriales y tiene un impacto directo en el bienestar de la población, por ejemplo, de las mujeres durante la pandemia COVID-19. La descentralización

se refiere a la transferencia de responsabilidades de ingresos y gastos, lo que significa que tanto los ingresos como los gastos deben descentralizarse de manera sincronizada para que funcione adecuadamente, como sugiere Tanzi (1995).

Goodspeed (2012) señala que usar transferencias en lugar de impuestos locales conduce a incrementar la corrupción. Su estudio encontró que en lugares donde hay un alto esfuerzo fiscal y una sociedad bien informada, la corrupción tiende a ser menor. La descentralización del gasto junto con la descentralización de ingresos es más efectiva para combatir la corrupción, en comparación con la descentralización del gasto basada en subvenciones, que tiende a fomentarla (p. 104).

Si bien los gobiernos locales son importantes porque están más cerca de sus electores y probablemente conocen mejor los deseos de la comunidad y las necesidades de servicios locales (Oates 2008, p. 315) no contienen los efectos diferenciados de la descentralización.

En áreas con altos niveles de pobreza y falta de desarrollo, como en Chiapas y en San Jerónimo Tulijá, descentralizar puede resultar ineficaz debido a la falta de infraestructura y personal médico cualificado (este punto coincide con la realidad del territorio y se corrobora con el trabajo de campo) y justifica analizar los efectos de la nueva reforma que centraliza el gasto público en salud a partir de las necesidades de las mujeres en el territorio en pandemia por la calidad y disponibilidad del servicio.

En la segunda generación de investigaciones sobre federalismo fiscal, los servicios públicos se financian a través de los impuestos recolectados a nivel local. Además, se acepta que existen desequilibrios entre los distintos niveles de gobierno como entre las diferentes regiones en un país federal. Se sostiene que una descentralización efectiva debe implicar la transferencia de tareas y recursos financieros para evitar problemas económicos ineficientes.

Este debate, reconoce la necesidad de equilibrar la descentralización de ingresos y gastos para evitar ineficiencias y dependencia financiera. Esto plantea preguntas importantes sobre la viabilidad de la descentralización en regiones con limitaciones económicas, como San Jerónimo Tulijá (donde en parte, debido a esas complejidades, surgen nuevas agencias como la salud autónoma y no convencional que son independientes de los recursos públicos del estado). Las

restricciones económicas no tienen por qué ser las únicas responsables de las fallas de la descentralización, la corrupción es un asunto político.

En el contexto actual, la pandemia ha resaltado la importancia de este equilibrio en la reforma de salud. El gobierno central asume funciones de gran envergadura o importancia, evitando así posibles problemas en la gestión eficiente de los recursos públicos a nivel local o regional (Díaz, 2002, p. 390).

Los enfoques del federalismo fiscal, como si fueran mapas que revelan los caminos de la descentralización y la recentralización del gasto público en salud. Estas herramientas teóricas nos permiten explorar cómo estas decisiones afectan a economías complejas como la de México. Pero no se detienen ahí: también nos llevan a las comunidades, como San Jerónimo Tulijá, donde mujeres indígenas luchan por acceder a la salud, especialmente durante la pandemia del COVID-19.

Desde los años 90, vimos cómo se delegaban decisiones, especialmente en salud, a niveles locales. Sin embargo, en 2013, este movimiento dio un giro. A pesar de esta fluctuación, los impuestos clave, como el IVA y el ISR, siguen siendo manejados centralmente. Esto dio lugar a un intrincado sistema de transferencias financieras que sostienen económicamente a los estados en todo el país, como destaca Morales en su análisis de 2019.

La "paradoja de la descentralización dependiente" plantea una realidad intrigante: la autonomía de una entidad está determinada por sus interacciones con otros niveles de gobierno, tanto superiores como inferiores. Esto incluye factores como el apoyo financiero, las regulaciones impuestas, la representación política y hasta la influencia informal. En el contexto de México, esta dinámica sugiere que, en la práctica, los municipios han estado mayormente subordinados a los gobiernos estatales y federal, como señala Rodríguez en su estudio de 1999.

La descentralización dependiente plantea que, en ocasiones, la descentralización puede llevar a una mayor dependencia financiera de los gobiernos locales, con efectos especialmente en áreas con dificultades económicas, sociales, territoriales, como San Jerónimo Tulijá, que es un territorio geográfico perteneciente a un país en desarrollo y de un estado con altos niveles de marginación.

Los efectos diferenciados de la descentralización no son suficientes, en comparación con las condiciones territoriales y culturales locales que pueden influir en las fallas de la descentralización y la efectividad de la recentralización del gasto público en salud, especialmente en grupos (imaginarios) como las mujeres originarias, durante épocas de crisis económica y de salud con la pandemia.

A pesar de haber sido uno de los estados que más ha aprovechado la descentralización fiscal en México, Chiapas aún enfrenta desafíos financieros considerables. A pesar de los fondos adicionales, sus indicadores de salud y económicos no muestran mejoras sustanciales. Esto sugiere que, aunque la descentralización puede brindar cierta autonomía financiera, no es necesariamente la solución definitiva para todos los problemas económicos y de salud de una región, como señalan Sovilla, Saragos y Morales en su estudio de 2018.

Lo anterior deja muy alejado de la realidad que los gobiernos subnacionales, ya sea a nivel regional o municipal, tengan un papel crucial en la nueva economía global y en la gobernanza democrática actual (Cabrero, 2006, p. 1).

Aquí vimos la primera parte del análisis integral que comprende las dos generaciones del federalismo fiscal que examinan las ventajas y desventajas de la participación de los gobiernos locales en la prestación de bienes públicos, como lo son en un nivel menos general o macroeconómico, los servicios de salud en San Jerónimo Tulijá, Chiapas. La diferencia clave aquí es decidir si la descentralización o la recentralización del gasto público es la mejor estrategia para asegurar la salud de las mujeres en la región durante la pandemia y su relación con la reacción de los sistemas de salud autónomos, como parte esencial de la realidad que no se puede solo negar.

En última instancia, esta investigación busca proporcionar una comprensión más profunda de cómo las reformas del estado, especialmente en el ámbito de la salud, influyen en el desarrollo local y humano de las mujeres en San Jerónimo Tulijá, Chiapas, en tiempos de COVID-19. La segunda parte del análisis comprende dos teorías más, sobre cómo alcanzar el desarrollo humano a través de la salud desde una perspectiva no hegemónica: la territorial. Para un análisis más profundo, es necesario considerar no solo los efectos de la toma de decisiones sobre la

recentralización y la prestación de servicios de salud, sino también incluir las prácticas de salud autónomas y no convencionales presentes en este territorio. De este modo, integraremos una visión más completa que abarque tanto la salud pública como las diversas prácticas de salud que coexisten en la región.

2.1.3 Descentralización

Para conocer las fallas de la descentralización veamos las dos generaciones del federalismo fiscal. Ambas exponen las ventajas o desventajas de la intervención de los gobiernos locales al proveer bienes públicos, como los servicios de salud. Principalmente la abordamos por la diferencia entre ambas, que se refiere a qué nivel de gobierno -la descentralización o recentralización del gasto público, en este caso de la salud- es el nivel adecuado para proveer la salud en San Jerónimo Tulijá a través del IMSS. Exclusivamente es el IMSS que se ve afectado directamente por los recursos federales en San Jerónimo Tulijá. Mientras que la clínica Murcia y las parteras y hueseras son parte del territorio y no se ven afectadas por los recursos del estado, pero sí hay un dialogo institucional, comunitario y académico entre ellos.

La descentralización fiscal significa que los gobiernos locales reciben más poder y dinero del gobierno central. Esto les permite cobrar impuestos, administrar su dinero y decidir cómo gastarlo, especialmente en áreas como la salud. Así, pueden tener más control y capacidad de acción en sus comunidades (Bird y Vaillancourt, 1998).

La descentralización y recentralización en la salud en México son cambios en la forma en que se gestionan los servicios médicos, moviendo responsabilidades y recursos del gobierno federal a niveles estatales y locales. El objetivo es que estas entidades tengan más control sobre la atención médica y puedan adaptarla mejor a las necesidades locales (Bird y Vaillancourt, 1998).

La descentralización de la salud pública en México se ha llevado a cabo por las reformas y programas gubernamentales y el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) y, más recientemente, el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Estos programas han buscado transferir la responsabilidad de la atención médica y la gestión de recursos a nivel estatal, con el objetivo de mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de salud en el territorio, incluidas las mujeres en San Jerónimo, Tulijá, Chilón, Chiapas.

Cómo la descentralización puede interactuar con el territorio a nivel de la salud. La descentralización de la salud en México implica una redistribución de responsabilidades y recursos, con un aspecto político que abarca la toma de decisiones y la asignación de fondos. Aunque se promueve la participación comunitaria en la identificación de necesidades de salud locales y la implementación de programas específicos, en su mayoría, es un proceso dirigido por las autoridades gubernamentales en colaboración con instituciones de salud (Bird, Richard M., & Vaillancourt, François, 1998). Un sistema jerárquico puede influir en el acceso a la salud de las mujeres indígenas/originarias y sus comunidades.

A pesar de las mayores transferencias públicas, especialmente en regiones como Chiapas, estas no han logrado reducir las desigualdades en los servicios de salud. Un factor clave es el aumento de la corrupción en la gestión de los recursos (Saragos, 2012).

Aquí hemos aclarado la importancia de analizar qué sistema es mejor para alcanzar el acceso a la salud de las mujeres en regiones como Chiapas y definido el proceso de descentralización y su importancia para la salud, así como sus fallas y su impacto en los servicios públicos. Ahora veremos que el federalismo fiscal se divide en dos etapas, de las que se desprende la última reforma de salud que centraliza los recursos en salud en la era de la pandemia y qué afecto a las mujeres originarias/indígenas, por ejemplo.

2.1.4 Recentralización

En lugares como Chiapas y San Jerónimo Tulijá, donde la pobreza y el subdesarrollo son altos, la descentralización puede no ser efectiva debido a la falta de infraestructura y personal médico capacitado, es decir hay presencia de pobreza de protección. Esto plantea interrogantes sobre su viabilidad en regiones con limitaciones económicas. En San Jerónimo Tulijá, surgen iniciativas como la salud autónoma y no convencional, independientes de los recursos públicos del estado, debido a estas complejidades. Además, los municipios han estado mayormente subordinados a los gobiernos estatales y federal, lo que agrega una capa de desafío (Rodríguez, 1999, p. 246).

El federalismo fiscal busca equilibrar la centralización y la descentralización en las responsabilidades del gobierno en una federación. Sin embargo, con la llegada del COVID-19 y la reforma de salud, el gobierno central asume un papel más prominente, ya que algunas

funciones son demasiado grandes para ser manejadas a nivel local o regional. Esta centralización busca evitar problemas en la gestión eficiente de los recursos públicos (Díaz, 2002, p. 390).

La descentralización ha mostrado efectos diferenciados, pero sigue siendo insuficiente frente a las particularidades territoriales y culturales locales, que pueden contribuir tanto a sus fallas como a la efectividad de la recentralización del gasto público en salud, especialmente para grupos como las mujeres indígenas en épocas de crisis sanitaria o económica. A su vez, la recentralización enfrenta importantes desafíos al intentar abordar la crisis sanitaria y sus consecuencias.

La descentralización del gasto público en salud puede resultar ineficaz en regiones con alta pobreza y escasa infraestructura, como Chiapas y San Jerónimo Tulijá, debido a la falta de recursos y personal capacitado. Esto sugiere que, en contextos de extrema necesidad, la descentralización no siempre es la solución adecuada. En contraste, la reciente crisis del COVID-19 ha resaltado la necesidad de una intervención centralizada para manejar funciones complejas que superan la capacidad de gestión local, enfatizando el papel crucial del gobierno central en tiempos de emergencia para asegurar una distribución efectiva de los recursos.

Además, la recentralización enfrenta desafíos significativos al intentar abordar desigualdades y necesidades específicas de grupos vulnerables, como las mujeres indígenas, lo que demuestra la dificultad de equilibrar la centralización y descentralización. La efectividad de las políticas de salud también está influenciada por las condiciones locales y culturales, lo que requiere un enfoque adaptativo que considere las particularidades de cada región. El federalismo fiscal, aunque busca un equilibrio entre recentralización y descentralización, destaca que, en situaciones de crisis sanitaria, la recentralización puede ser esencial para una gestión eficiente de los recursos públicos, sugiriendo la necesidad de ajustar las estrategias a las circunstancias emergentes.

2.2 Pobrezas

Ya hemos analizado la llegada de la recentralización del gasto público de los servicios de salud para las mujeres de San Jerónimo Tulijá en la pandemia de COVID-19 a nivel teórico, pero falta examinar las respuestas y estrategias adoptadas por la clínica zapatista Murcia y las parteras en el territorio con sus propios recursos, resaltando la interrelación entre la recentralización y el papel desempeñado por las organizaciones de salud comunitaria por medio del desarrollo humano.

Max-Neef ofrece una explicación clara que se relaciona en qué las fallas de la descentralización y los desafíos de la recentralización del gasto público, así como su estudio, no son suficientes: Cuando las emergencias médicas pueden prevenirse, pero aún suceden, la necesidad de proteger la salud no se satisface completamente. Según el autor se debe a que la economía influye en la atención médica, y a veces solo las personas con suficiente dinero o cercanía al gobierno obtienen la atención que necesitan. Claramente el debate entre la descentralización (proximidad y corrupción) o centralización (transparencia de recursos, poder central) no es sostenible.

Esto lleva a que algunas personas tengan problemas de salud debido a la falta de recursos económicos. La descentralización, a pesar de existir, no es suficiente para resolver este problema, ya que las condiciones territoriales son complejas (Max-Neef, 1998 y Santana, 2021). Y la recentralización es cuestionada por sus pocos efectos positivos ante la crisis sanitaria económica, por la gestión de recursos con poder en el centro y por el no conocimiento sobre los matices del territorio.

Un análisis integral se caracteriza por analizar los efectos de la recentralización del gasto público en la calidad y disponibilidad de los servicios de salud proporcionados por la clínica rural del IMSS para las mujeres de San Jerónimo Tulijá en la pandemia de COVID-19, así como examinar las respuestas y estrategias adoptadas por la clínica zapatista Murcia y las parteras en el territorio con sus propios recursos, resaltando la interrelación entre la recentralización y el papel desempeñado por las organizaciones de salud comunitaria, recuerda la perspectiva de la economía institucional, “las instituciones, entendidas como las reglas del juego, han determinado cómo se distribuyen los recursos y cómo evolucionan a lo largo del tiempo” (North, D. C., 1990).

Según Neef, los mecanismos económicos de la distribución del gasto público en salud y el bienestar de la población (mujeres en san Jerónimo Tulijá) parece no converger, en los términos del autor, se avanza hacia un diagnóstico de una enfermedad sin tratamiento definido, con descontrol la ética, exclusión social, resumible en una crisis zombi o paralizante, (literalmente a la pandemia COVID-19), especialmente durante el auge del monetarismo y desarrollismo (Max-Neef, 1998 p. 25).

La respuesta de los sistemas autónomos de salud ante la reforma de recentralización del gasto público que afectó la calidad y la disponibilidad de la oferta de salud de las mujeres en la pandemia vista como Max Neef parte de la pobreza.

Esta pobreza se deshace del fetiche de medirla solo por el ingreso, propone que hay otras maneras invisibles -pero que tienen que ser visibles- de ser pobre. En la que sin duda se insertan las que las mujeres de San Jerónimo Tulijá durante la pandemia pueden encontrarse. Estas formas incluyen:

1. Pobreza de subsistencia, que se da cuando no se tiene suficiente comida y abrigo para vivir.

Desde una visión amplia de las pobreza. Desde una perspectiva integral de las necesidades infantiles, es fundamental reconocer la importancia de la nutrición durante el período prenatal y los primeros años de vida. Según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), proporcionar una alimentación adecuada durante estas etapas críticas es crucial para el desarrollo óptimo del cerebro y el bienestar general del niño o la niña. Las prácticas correctas de lactancia materna y alimentación infantil no solo promueven el crecimiento físico, sino que también contribuyen al desarrollo de habilidades cognitivas, motoras y socioemocionales. Por el contrario, las deficiencias nutricionales pueden tener consecuencias negativas a largo plazo, comprometiendo el futuro y el bienestar del niño.

En consecuencia, la desnutrición crónica afecta de manera desproporcionada a los niños y niñas de los hogares más pobres y está fuertemente asociadas con un desarrollo deficiente en el dominio de alfabetización/habilidades numéricas. Por qué la nutrición en los primeros años de

vida puede afectar la salud, el desarrollo y el bienestar de niños y niñas en los años futuros (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, 2019 p. 29).

2. Pobreza de protección, que ocurre cuando los servicios de salud no funcionan bien, y cuando se está expuesto a la violencia y conflictos armados.

Max-Neef expone un México invisible y diverso, como el movimiento neozapatista y ahora la guerra del narcotráfico (desgraciadamente por la vía armada) en favor de las tradiciones indígenas mayas, de sus bosques y cultivos (1998 p. 10).

3. Pobreza de participación, que resulta de la exclusión y discriminación de mujeres, niños y minorías.

Por ejemplo, las determinantes sociales, culturales y económicas ejercen un impacto profundo y directo en la salud de las mujeres y la población en SJT. Factores como los roles de género, la pobreza y otros elementos sociales desempeñan un papel influyente en la salud de la comunidad. Un ejemplo ilustrativo se observa en San Jerónimo Tulijá, donde los niños a menudo se ven compelidos a trabajar en el campo desde una edad temprana, lo que restringe su acceso a la atención médica. Además, la escasez de alimentos nutritivos y la presencia de productos con un alto contenido calórico en la localidad representan desafíos significativos para la salud de los habitantes (Santana, 2021).

4. Pobreza de identidad, que se produce debido a la imposición de valores ajenos a las culturas locales y regionales, así como a la emigración forzada y el exilio político.

Como señala Max-Neef, la insatisfacción de cualquier necesidad humana fundamental no solo refleja una carencia material, sino que también revela una forma de pobreza más profunda, que va más allá de la medida tradicional basada en el ingreso. Este enfoque nos invita a considerar las dimensiones holísticas de las pobrezas y a reconocer que las soluciones efectivas deben abordar tanto las necesidades materiales como las dimensiones sociales y culturales del bienestar humano.

Según la OMS y ONU-MUJERES (2020), las mujeres indígenas tienen una mayor probabilidad de contraer COVID-19, ser hospitalizadas y morir por la enfermedad que las mujeres no

indígenas debido a mayores tasas de pobreza, exclusión en servicios de salud, barreras culturales para acceder a la atención médica, y mayor exposición al riesgo de infección.

2.2.1 Satisfactores

Los sistemas curativos, la prevención y los esquemas de salud, en general, son satisfactores de la necesidad de protección (Max-Neef, 1998 p. 42).

En general se trata de, “esforzarse por marginar los satisfactores tradicionales para reemplazarlos por otros nuevos y diferentes para satisfacción de necesidades humanas fundamentales” (Max-Neef, 1998 p. 42).

Una contemplación profunda y consciente acerca de las reformas en el gasto público en salud, particularmente en el IMSS de San Jerónimo Tulijá, nos lleva a reflexionar que, cuando las políticas económicas delineadas por economistas tienen un impacto significativo en toda una sociedad, los economistas ya no pueden limitarse a considerar únicamente los aspectos económicos (Max-Neef, 1998 p. 39).

La invitación es debatir la idea del federalismo fiscal y su respuesta de buscar el equilibrio entre la centralización o descentralización de los recursos económicos hacia la salud e integrar el territorio, ese México imaginario compuesto por grupos en pobreza de desarrollo humano como las mujeres indígenas, en otros términos, es necesario analizar “¿Cuándo se darán cuenta los economistas, y de quienes de ellos se fían, que su medida de la “productividad” es ecológicamente -sosteniblemente- falsa?” (Max-Neef, 1998 p. 11).

El gobierno de la cuarta transformación se pronuncia por el ámbito, ético, político, social y técnico en salud, no obstante, “La producción de servicios de salud en México no está determinada solamente por el mercado ni por el compromiso ideológico del Estado de mejorar el nivel de vida de la población (mujeres en san Jerónimo Tulijá), sino también por criterios políticos que tienen como objetivo prevenir los conflictos, mantener la estabilidad del régimen y reforzar la legitimación del gobierno. Así existen en México instituciones de salud que actúan, en parte, como empresas que ofrecen servicios y prestaciones bajo un esquema con un fuerte

elemento político, convirtiendo a la salud en un área de intercambio político entre el Estado y la sociedad” (Arredondo, 2001 p. 18).

Siguiendo la lógica anterior, se justifica el enfoque de este estudio, que se centra en los diversos actores involucrados en el ámbito de la salud, aunque nunca coincidan en términos de equiparar recursos económicos. Estos actores incluyen a las mujeres que se ven afectadas por los servicios de salud públicos, así como a los médicos alópatas del IMSS y los médicos alópatas de la Clínica Murcia, junto con las mujeres que practican la medicina no convencional.

Arredondo (2001) propone que, al explorar las diversas perspectivas y experiencias de las personas en relación con la atención médica, se logra una comprensión más completa de la situación. Este enfoque implica adentrarse en el ámbito político del sector salud, identificando a los diversos actores involucrados, como los proveedores y administradores de servicios, los usuarios, los gobiernos estatales y federales, empresarios, trabajadores, partidos políticos y la sociedad civil en su totalidad (p. 18).

La idea clave es que al considerar cómo el desarrollo y la salud se entrelazan en comunidades locales, podemos utilizar los conceptos relacionados con las necesidades humanas para entender mejor cómo se distribuyen los recursos públicos en salud en San Jerónimo Tulijá, Chiapas, especialmente durante la pandemia de COVID-19. Esto puede ayudarnos a tomar decisiones más acertadas en cuanto a la comprensión en la atención de la salud en el territorio. Por ejemplo,

1. Enfoque en las necesidades humanas: los argumentos enfatizan la importancia de centrarse en las necesidades humanas fundamentales como criterio para evaluar el desarrollo humano en salud de las mujeres en san Jerónimo Tulijá. Este enfoque puede evaluar cómo la recentralización del gasto público en salud afecta la calidad y disponibilidad de los servicios de salud en San Jerónimo Tulijá, particularmente en relación con las necesidades de las mujeres en el territorio en la pandemia.
2. Diversidad y contexto: el eje es la diversidad cultural y contextual en la interpretación de las necesidades humanas. Esto es relevante ya que las necesidades de salud varían en función del territorio y las características de la población (mujeres) en San Jerónimo Tulijá.
3. Satisfactores y bienes económicos: La distinción entre satisfactores y necesidades las discute Neef. Y los satisfactores (por ejemplo, servicios de salud, infraestructura médica) se ven

afectados por la recentralización del gasto público y cómo esto impacta en la satisfacción de las necesidades de las mujeres en la pandemia.

4. Enfoque transdisciplinario: se resalta la necesidad de abordar la salud desde perspectivas sociales y económicos de manera transdisciplinaria como la influencia de factores económicos, sociales, políticos y culturales en la efectividad de la recentralización del gasto público en salud (la información presentada establece una conexión significativa con los conceptos de salud pública, salud autónoma y salud no convencional dentro del territorio, esto se justifica al reconocer que los saberes y prácticas bio-culturales, así como las creencias y la identidad de la comunidad, juegan un papel vital en la salud de las personas.). Por lo tanto, es esencial considerar estos aspectos al desarrollar estrategias de salud pública que sean efectivas y respetuosas de la diversidad cultural del territorio.
5. Evaluación de impacto en calidad de vida: Neef propone que el desarrollo se evalúe en función de la mejora en la calidad de vida de las personas, como las mujeres. Este enfoque puede medir cómo la recentralización del gasto en salud afecta la calidad de vida en función de la calidad del servicio de salud de las mujeres en pandemia en San Jerónimo Tulijá.

Estos conceptos, abordan de manera más holística y centrada en las necesidades humanas la evaluación de los efectos de la recentralización del gasto público en salud de las mujeres de San Jerónimo Tulijá durante la pandemia de COVID-19. Esto nos permitirá considerar el gasto público, la calidad y disponibilidad en la salud, sino también el impacto en la calidad de vida y las necesidades de las mujeres en el territorio durante el COVID-19.

2.2.2 Destruidores

La nueva conciencia y los conceptos relacionados con satisfactores y destructores, así como el enfoque en el desarrollo a escala humana, pueden ser relevantes para la evaluación de la recentralización del gasto público en salud de las mujeres en San Jerónimo Tulijá, Chiapas, durante la pandemia de COVID-19, la conexión se encuentra en:

Satisfactores y Destructores en el Sector de Salud: Los satisfactores son los elementos que contribuyen positivamente a la calidad y disponibilidad de los servicios de salud, como la inversión en infraestructura médica o la capacitación del personal de salud. Los destructores son

los factores que obstaculizan la calidad de los servicios, obviamente es la falta de acceso a recursos médicos o quizá la centralización del gasto público.

Y el desarrollo a escala humana por medio de la salud: Puede considerar el enfoque de desarrollo a escala humana al evaluar cómo la recentralización del gasto público en salud afecta a las mujeres de San Jerónimo Tulijá. ¿Cómo esta medida impacta en la calidad de vida de las mujeres? ¿Promueve la participación de las mujeres en el IMSS y la autonomía en la toma de decisiones en materia de salud?

Y la Participación Comunitaria y Conciencia: El texto destaca la importancia de la participación comunitaria y la conciencia en el proceso de desarrollo. Para investigar cómo las mujeres de San Jerónimo Tulijá están involucradas en la toma de decisiones sobre su sistema de salud y cómo esto puede influir en la calidad de los servicios: aquí es donde entran en juego la medicina no convencional, como las parteras y las hueseras, y la medicina autónoma, representada por la clínica de medicina alópata en resistencia zapatista.

La Diversidad Regional: Considera la diversidad regional en el territorio. Se aboga por reconocer diferentes estilos de desarrollo regionales dentro de un país.

La tesis de Manfred Max-Neef proporciona una perspectiva valiosa que puede relacionarse con la recentralización del gasto público en salud y su efecto en el desarrollo local de las mujeres en San Jerónimo Tulijá, Chilón, Chiapas, durante la pandemia de COVID-19.

La adaptación y la flexibilidad en sistemas y estructuras sociales, tiene una relevancia directa en la evaluación de la recentralización del gasto público en salud en San Jerónimo Tulijá. La adaptación a circunstancias cambiantes, como una pandemia, es fundamental para garantizar la efectividad de los servicios de salud y el bienestar de las mujeres en la pandemia.

Max-Neef destaca la necesidad de estructuras que no sean rígidas (independientemente si el sistema se da la recentralización del gasto público en pandemia), sino capaces de absorber diferencias y tensiones, todo un reto para los objetivos de esta cuarta transformación que va de salida. Esto se relaciona con la importancia de tener sistemas de salud que sean adaptables a las

necesidades cambiantes de la población y que puedan responder a situaciones de emergencia como la pandemia de COVID-19.

Asimismo, el Max Neef resalta la importancia del protagonismo de los actores sociales en la articulación y adaptación de sistemas, como el movimiento zapatista a través de la clínica autónoma y las acciones de las mujeres que proveen de medicina no convencional en el territorio en la pandemia.

El énfasis de Max-Neef en la importancia de comprender los problemas de manera profunda y no simplista se relaciona con la necesidad de analizar en detalle los efectos de la recentralización del gasto en salud para las mujeres en San Jerónimo Tulijá. Esto implica no solo medir resultados cuantitativos, sino comprender cómo afecta realmente a la calidad y disponibilidad (por satisfactores o destructores o por libertad evaluativa y de efectividad) de los servicios de salud, así como a la vida de las mujeres o el desarrollo local en el territorio.

Max-Neef proporciona una base teórica para abordar el tema de la re centralización del gasto público en salud en San Jerónimo Tulijá durante la pandemia de COVID-19 porque destaca que en análisis del federalismo fiscal, sus fases, fallas y aciertos carecen de los indicadores, perspectivas, adaptación, la flexibilidad, la participación comunitaria (movimiento zapatista) y la comprensión profunda de los problemas, elementos esenciales para evaluar los efectos de esta política en el desarrollo local y la calidad de los servicios de salud de las mujeres en el territorio.

2.3 Libertades para el desarrollo humano

En la sección anterior, mencionamos que la teoría del federalismo fiscal nos da criterios claros sobre cómo mejorar la eficiencia en la provisión de servicios públicos basándose en el nivel adecuado: descentralización o recentralización, en diferentes niveles de gobierno (Saragos, 2012, p. 11). Contrario a esta idea, Sen plantea que, la eficiencia por sí sola no es suficiente, ya que no considera las diferencias territoriales ni las variaciones en términos de marginación, salud o pobreza que existen en las relaciones entre las personas y su entorno natural (2000).

Bajo esta perspectiva, es importante reconocer, entonces, que más allá de la salud pública y los recursos y fallas de las dos generaciones del federalismo fiscal, el territorio es un agente que

interviene de manera paralela en la oferta de servicios públicos, de manera positiva o negativa en la calidad y disponibilidad de la salud de las mujeres en San Jerónimo Tulijá. Recordemos que la descentralización en el ámbito de la salud produce resultados diversos, porque están en función del nivel de desarrollo de cada economía.

2.3.1 Razón evaluativa

El desarrollo entendido a partir de la salud y la evolución positiva de este servicio y derecho humano, como menciona Sen (2000), se fundamenta en el progreso individual y en la mejora de la calidad de vida de las personas, donde claramente interviene la oferta de salud de las mujeres parteras y hueseras -visto como complementario desde la visión de la oferta de salud hegemónica - a la salud de las mujeres en la pandemia.

La pobreza, la desigualdad y la falta de movilidad social (tendencia del ingreso) son elementos que van más allá del ámbito de las instituciones de atención médica. En la respuesta de la oferta de salud de los sistemas de ancestrales, sobre todo en pandemia y dirigido a mujeres indígenas, nos referimos mejor a pobreza de protección para designar a los sistemas de salud débiles. ¿Qué problemas expone el territorio que trascienden la eficiencia de la recentralización? Las mujeres, en particular, enfrentan desafíos relacionados con los roles de género y las responsabilidades de cuidado, lo que puede contribuir a problemas de salud mental como la ansiedad y la depresión (Santana, 2021; Delajara et al., 2018).

Por ejemplo, “Las reglas que compartimos tienen un impacto significativo en aspectos sociales como la crianza de los niños, la igualdad de género, el tamaño de las familias y los patrones de fertilidad, así como en diversos programas y resultados. Además, los valores y las costumbres predominantes (que forma parte de la definición del territorio) influyen en la presencia o ausencia de corrupción, así como en el papel de la confianza en las relaciones económicas, sociales y políticas” (Sen, 2000).

Retomando los desafíos de la nueva reforma de descentralización de los recursos públicos en la salud, es destacar que existen desacuerdos desde la perspectiva económica convencional (Pranab Bardhan, 2000, pp. 185-205). Estos desafíos también repercuten en el derecho humano

al desarrollo a través de la salud. A continuación, exploraremos algunas de las razones clave que explican por qué los efectos son diversos:

La capacidad institucional: es eje central en la implementación de políticas descentralizadas. En países desarrollados, las instituciones gubernamentales son más fuertes y los sistemas de recaudación de impuestos son eficientes, lo que facilita la descentralización. Pero, en países en desarrollo, la falta de capacidad institucional puede obstaculizar la exitosa implementación de la descentralización (Pranab Bardhan, 2000, pp. 185-205).

Recursos económicos: Los países desarrollados generalmente tienen una base económica más sólida, lo que significa que pueden financiar servicios locales a través de la recaudación de impuestos locales. En los países en desarrollo, la dependencia de la ayuda externa o la recaudación de impuestos centralizada puede dificultar la autonomía fiscal de las unidades subnacionales (Pranab Bardhan, 2000 p 185-205).

Con relación al punto anterior, la austeridad fiscal en México, que busca mantener un equilibrio entre gastos e ingresos, ha llevado a mantener el déficit público por debajo del 3% del PIB. A pesar de esta política, México no ha logrado amortiguar las crisis económicas que se han presentado a lo largo de las décadas, incluyendo las de 1980, 1994, 2008 y 2019. Aun en medio de la pandemia, el gobierno optó por no aceptar un déficit fiscal mayor al 3% del PIB, lo que plantea interrogantes sobre la utilidad de esta estrategia en términos de crecimiento económico. Por ejemplo, ante la caída histórica del 9% en la economía en 2019, la reducción del gasto público se convirtió en una medida que afectó los recursos destinados a la salud (Saavedra, 2021).

En México, las fallas de las reformas del sistema de salud se deben en parte a los desafíos de financiamiento. Las reformas fiscales y propuestas para financiar la salud han sido cuestionadas por priorizar la deuda en lugar de mejorar la salud y las pensiones. Esta brecha es evidente al comparar la recaudación en México con la de países de Europa occidental (Delajara et al., 2018).

San Jerónimo Tulijá es una comunidad indígena/originaria que se encuentra en un contexto de alta vulnerabilidad social y económica. La pandemia de COVID-19 agravó esta situación, en especial a las mujeres, lo que hace que sea importante evaluar el impacto de la recentralización

del gasto público en salud en un territorio bajo desigualdades en un país en desarrollo económico.

Según (Pranab Bardhan, 2000 p 185-205). Desigualdades regionales: En los países en desarrollo, la descentralización a veces puede acentuar las desigualdades regionales, ya que las regiones más ricas pueden beneficiarse más que las regiones más pobres. En contraste, en los países desarrollados, la descentralización a menudo se utiliza para abordar las desigualdades regionales. Esto da cuenta de que tratar de arreglar los desequilibrios al descentralizar o centralizar no son la única manera, más bien vale la pena examinar otras vías como el territorio y lo que ello implica.

Cultura política: La cultura política y cómo se ve la descentralización pueden marcar la diferencia en su éxito. En países desarrollados, a menudo hay un gran respaldo a dar autonomía a las autoridades locales, pero en países en desarrollo, la centralización suele ser más resistente.

Por ello, los desafíos con la implementación del Seguro Popular (SPSS), incluyeron problemas de financiamiento insuficiente, disparidades en la calidad de los servicios y deficiencias en la gestión de los recursos asignados. Estos desafíos llevaron a una revisión y reformulación del modelo de financiamiento de la salud en México.

Oria y Anaya (2024) sostienen que el gobierno de la cuarta transformación declara algunas comparaciones con el sistema de salud de México con el de Dinamarca, que se basa en un Estado de Bienestar, que denota desafíos importantes en México, como la falta de médicos por persona, camas por persona y dificultades para acceder a medicamentos y destaca que lograr un sistema de salud similar al danés en México requeriría transformaciones significativas.

No obstante, “Para mejorar la atención médica en México, Sovilla y Díaz (2022) sostienen que el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), requiere duplicar el presupuesto asignado para la salud. Esto podría lograrse aumentando el Impuesto Sobre la Renta (ISR) al 50% solo para personas con ingresos anuales superiores a tres millones de pesos.

Pero ¿qué es lo que no integran las reformas en salud del estado? En segundo lugar, desde la reacción de los sistemas de salud ancestrales para (parteras/hueseras) alcanzar el desarrollo a través el derecho humano a la salud implica según Sen:

Primero la Razón evaluativa: que se refiere, al seguimiento de la elevación o progreso en la oferta de salud como medio para alcanzar las libertades hacia el desarrollo humano (con perspectiva de género).

2.3.2 Razón efectiva

Segundo, la Razón de efectividad: el desarrollo depende de lo que la gente (mujeres) considera desarrollo (y qué considera que es la salud). Se puede admitir que el desarrollo considerado y aceptado por el individuo tiene que mejorar para cumplir ambas condiciones, es decir se va a evaluar la evolución ascendente de un desarrollo específico, el deseable y positivo para el territorio, en otros términos, equivale a estudiar el sistema de salud no por cómo funciona si no por cómo lo hace (Sen, 2000 p. 14).

Siguiendo la perspectiva de Sen para atender nuestra parte del objetivo: de examinar las respuestas y estrategias adoptadas por las parteras en el territorio con sus propios recursos, resaltando la interrelación entre la recentralización y el papel desempeñado por las organizaciones de salud comunitaria.

Se tiene que tomar en cuenta, que el desarrollo local no se puede medir únicamente por indicadores económicos como el crecimiento del PIB, o en este caso el gasto público en salud, o solo con la calidad y disponibilidad de la oferta de salud, publica; sino que debe considerar la expansión de las libertades reales, la razón evaluativa (progreso) y efectiva (qué considere salud) de la salud de las mujeres dentro del territorio en tiempos de pandemia.

De manera integral, la disponibilidad y calidad de los servicios de salud son componentes fundamentales de las libertades reales de las personas. La recentralización del gasto público en salud podría tener un impacto directo en el acceso a la atención médica y, por lo tanto, en la salud de las mujeres en el territorio en la pandemia y posterior a ella. Si esta medida reduce el

acceso o la calidad de los servicios de salud, podría estar limitando las libertades de las personas en términos de su bienestar y salud, lo cual va en contra del enfoque de desarrollo de Sen.

La participación política y la toma de decisiones locales también son aspectos destacados por Sen. Adicionalmente “Las instituciones son las reglas del juego en una sociedad o, más formalmente, son las limitaciones humanas que dan forma a las interacciones humanas” (North, D. C., 1990).

En el contexto de la salud, esto se relaciona con la capacidad de la comunidad para influir en las políticas de atención médica y participar en debates sobre cuestiones de salud pública. Esto da cuenta de que, “El cambio institucional es una transformación de las restricciones que enfrentan los actores individuales: es un cambio en las reglas del juego” (North, D. C., 1990). En este caso se trata de las acciones de los actores no oficiales, por la oferta de salud de la clínica Murcia del movimiento zapatista y por otra parte la agencia de las mujeres de San Jerónimo Tulijá a través de prácticas ancestrales, como el uso de parteras y hueseros, que actúan con una cosmovisión única de la salud alópata en paralelo al sistema de salud público y autónomo.

Respecto a este punto, la economía institucional pone un fuerte énfasis en entender cómo las instituciones afectan el comportamiento económico. Estas instituciones proporcionan el marco dentro del cual se llevan a cabo las transacciones y las interacciones económicas en contraste de las instituciones formales son reglas y leyes escritas, como constituciones y regulaciones gubernamentales. Las instituciones informales son normas sociales, tradiciones y comportamientos aceptados que también influyen en la actividad económica.

Significa que la recentralización del gasto público en salud podría tener implicaciones en la participación y la voz del territorio (el desarrollo y la elevación de la oferta de salud para las mujeres) en la toma de decisiones relacionadas con la salud, lo cual es relevante para el enfoque de desarrollo de Sen.

Por último, la participación/reacción de los sistemas ancestrales junto a la reforma gubernamental del gasto público, examinada por la teoría del federalismo fiscal, expuesto en al inicio del marco teórico, señala que valores sociales y las costumbres en la promoción de

libertades sustantivas también se alinea con la evaluación de la recentralización del gasto público en salud en San Jerónimo Tulijá.

Numeramos a continuación algunos aspectos de la filosofía y organización prehispánica que consideramos que pueden ser retomados a favor de la salud pública actual: Por ejemplo, si retomamos el concepto de equilibrio hombre-ecosistema es como elemento primordial para la salud. El desequilibrio provoca enfermedad y muerte. Por tanto, hay que restaurar los valores y el respeto por el entorno como forma de prevención en el que, sin duda, lamentablemente se encuentran únicamente las cuidadoras, las mujeres. Para restablecer el ecosistema es necesario el esfuerzo económico, político y social organizado (Torres Vaca et al., 2014).

Lo anterior, en coyuntura con uno de los postulados de la cuarta transformación que sostiene que “El crecimiento económico excluyente y concentrado en pocas manos se reconoce como retroceso en lugar de progreso. La Cuarta Transformación se esfuerza por garantizar que nadie quede excluido o marginado debido a características como género, origen, religión o preferencia sexual” (Cuarta Transformación, 2023, p. 3).

Douglas C. North señala que las instituciones no solo afectan el nivel absoluto de desarrollo económico, sino también la manera en que las economías cambian (North, D. C., 1990).

Subrayamos que solo a través de un análisis integral se pueden examinar la cosmovisión cultural y las prácticas comunitarias, ejemplificando así cómo pueden influir en la aceptación de medidas preventivas y en la búsqueda de atención médica.

La evaluación debe considerar si la recentralización respeta y se adapta a las necesidades y valores locales, o si pudiese estar imponiendo restricciones que limiten las libertades sustantivas de la comunidad en términos de salud de las mujeres en San Jerónimo Tulijá en tiempos de pandemia. Ósea que el sector público, tendría que lograr el cambio equilibrado que genere el cambio hacia “El diseño y la evolución de las instituciones que resulten de las interacciones estratégicas entre actores racionales que buscan maximizar sus propios intereses dentro de las restricciones impuestas por las instituciones” (North, D. C., 1990).

En resumen, el análisis coherente con el tema y objetivo propuestos destaca la importancia de evaluar la recentralización del gasto público en salud en San Jerónimo Tulijá a la luz de la

participación/reacción de los sistemas de salud ancestrales (parteras) a través de los principios de desarrollo de Amartya Sen, centrándose en la expansión de las libertades reales de las mujeres en términos de salud y valores culturales en un territorio geográfico y simbólico.

Los desafíos del sistema de salud en México abarcan la disponibilidad y calidad de servicios, reflejados en la carencia de atención médica pública para gran parte de la población y la escasez de medicamentos esenciales. Este panorama se agrava por un presupuesto insuficiente, aumentando las barreras al acceso. Para enfrentar esta problemática, es crucial enfocarse en la prevención, fomentar la colaboración entre sectores público y privado, y promover hábitos saludables, buscando garantizar atención de calidad para todos los ciudadanos a corto y largo plazo (Oria y Anaya, 2024).

Menéndez se inserta en la evolución de la antropología médica en América Latina y su enfoque en los procesos de salud, enfermedad, atención y prevención. Consideramos que tiene relevancia con analizar los efectos de la recentralización del gasto público en la calidad y disponibilidad de los servicios de salud proporcionados por la clínica rural del IMSS para las mujeres de San Jerónimo Tulijá en la pandemia de COVID-19, así como examinar las respuestas y estrategias adoptadas por la clínica zapatista Murcia y las parteras en el territorio con sus propios recursos, resaltando la interrelación entre la recentralización y el papel desempeñado por las organizaciones de salud comunitaria, en algunos puntos de convergencia importantes:

1. El argumento de Menéndez, 2022 y la evaluación de la recentralización del gasto público en salud en el IMSS en SJT coinciden en algo importante: ambos reconocen que es esencial tener en cuenta los aspectos socioculturales para comprender la salud y la enfermedad en esta área. Al mismo tiempo, se analiza cómo los sistemas de salud responden, incluyendo la introducción de prácticas como la clínica autónoma y la medicina no convencional. En resumen, ambos enfoques destacan la influencia de la cultura y la sociedad en la salud, y examinan cómo el sistema de salud oficial se adapta, considerando incluso enfoques menos convencionales.
2. El reconocimiento de los saberes locales es clave en ambos argumentos. Menéndez resalta la importancia de estos conocimientos socioculturales, que deben integrarse con las estrategias biomédicas de prevención. En la evaluación del gasto público en salud, entender cómo las mujeres en San Jerónimo Tulijá abordan la salud y la prevención es

esencial para diseñar reformas efectivas que se adapten a sus necesidades y conocimientos locales.

3. Ambas ideas enfatizan la importancia de la colaboración interdisciplinaria y diálogos sociales, comunitarios, económicos, productivos, etc. Menéndez aboga por la colaboración entre diferentes enfoques científicos en lugar de la uniformidad en la antropología médica o en su defecto de la economía más ortodoxa -se prefiere en vez de la visión económica-. Esto es relevante para que a nivel metodológico no se priorice más el aspecto cuantitativo ni el cualitativo, sino que se integren ambos en función de la naturaleza esta la investigación. En el contexto de evaluar políticas de salud, la colaboración entre expertos en salud, antropólogos, economistas y otros profesionales es esencial para comprender plenamente el impacto de la recentralización del gasto público en salud en el desarrollo local y la salud de las mujeres en San Jerónimo Tulijá durante la pandemia.

El enfoque en la comprensión de la oferta en salud desde una perspectiva sociocultural, el reconocimiento de los saberes locales y la promoción de la colaboración interdisciplinaria son puntos de convergencia importantes entre el texto de Menéndez y el objetivo de evaluar la recentralización del gasto público en salud en San Jerónimo Tulijá, Chiapas, durante la pandemia de COVID-19 y proporcionan un antecedente para un enfoque integral en la evaluación de reformas de salud en contextos locales.

La reacción de la clínica zapatista Murcia como satisfactor o destructor de la oferta de salud ante los efectos de la recentralización de recursos públicos en salud para las mujeres.

Esta tesis tiene el enfoque integral que une tanto la visión económica de la salud pública con la teoría del federalismo fiscal versus el territorio: salud autónoma y ancestral, por eso tiene sentido referirnos a la salud vista como la armonía entre los seres vivos y su entorno que defiende la idea que la tierra es salud: la salud de los pueblos originarios, con un futuro sin derechos territoriales que la pandemia de COVID-19 ha dejado desproporcionadamente a los pueblos originarios de Sudamérica y en México también.

Y la pérdida de líderes y el conocimiento ancestral han dejado a estas comunidades aún más desprotegidas, subrayando la necesidad de abordar esta crisis con enfoques culturalmente sensibles y proporcionar el apoyo necesario para garantizar la supervivencia de estos pueblos.

El COVID-19 se ha utilizado como pretexto para materializar ataques a los derechos de los pueblos indígenas por algunos gobiernos anti indígenas, como es el caso del gobierno brasileño de Bolsonaro. Una actuación repetida ha sido no enviar equipos sanitarios e investigadores para el monitoreo de la situación sanitaria de los pueblos indígenas y, en especial, de los no contactados CEPAL et al. (2020).

Un ejemplo de cómo perciben la oferta de salud las mujeres en el territorio dentro de la perspectiva de Sen. La privación constante de libertades en el acceso a la salud que enfrentan las mujeres se debe principalmente a la atribución de la falta de responsabilidad por parte de la comunidad, lo cual actúa como un obstáculo fundamental para mejorar la salud materna.

Esta falta de responsabilidad suele ser etiquetada como 'ignorancia', y se manifiesta en la ausencia de acceso a servicios de salud adecuados. Este fenómeno refleja una desigualdad significativa en la atención médica en México, evidenciando la urgente necesidad de abordar este problema para garantizar la salud y el bienestar de todas las mujeres.

El desafío radica en valorar el conocimiento médico y las prácticas culturales, evitando que los programas de subsidios gubernamentales perpetúen estereotipos y dependencia, mientras las parteras y madres indígenas buscan autonomía en su salud (Vega, 2017).

En este análisis integral que si bien analiza los efectos de la recentralización del gasto público en la calidad y disponibilidad de los servicios de salud proporcionados por la clínica rural del IMSS para las mujeres de San Jerónimo Tulijá en la pandemia de COVID-19, no excluye las respuestas y estrategias adoptadas por la clínica zapatista Murcia y las parteras en el territorio con sus propios recursos, resaltando la interrelación entre la recentralización y el papel desempeñado por las organizaciones de salud comunitaria.

Bajo esta tónica, en el México imaginario, las mujeres, la privación de las libertades evaluativas (progreso del acceso a la salud) y efectivas (que es el desarrollo en salud desde el territorio) y

la prevalencia de los destructores a los satisfactores para lograr el desarrollo humano con una salud deseable en términos del territorio (salud autónoma y no convencional) y del estado (salud pública).

Si analizamos, los principios de la “Cuarta Transformación”, que pretenden desvincular el poder político del poder económico cuando se habla de la colaboración entre ambos ha llevado a un gobierno que coloca los intereses corporativos por encima del bienestar de la población (Cuarta Transformación, 2023, p. 1).

“La búsqueda de igualdad sustantiva, el respeto a los derechos de los pueblos originarios y la promoción de un desarrollo equitativo son pilares de la Cuarta Transformación, que rechaza la discriminación en todas sus formas y se compromete a proteger el entorno natural para las generaciones futuras” (Cuarta Transformación, 2023 p 2).

“La lucha contra la desigualdad, la promoción de la diversidad cultural y el respeto por el medio ambiente son principios fundamentales de la Cuarta Transformación, que trabaja para subsanar las desigualdades y asegurar un futuro sostenible para todos los habitantes del país” (Cuarta Transformación, 2023 p 4).

La perspectiva sociocultural de la salud, la importancia de la interdisciplinariedad y la interdisciplinariedad son elementos cruciales para comprender y evaluar la recentralización del gasto público en salud de las mujeres en San Jerónimo Tulijá, Chiapas, durante la pandemia de COVID-19.

Nuevamente, se resalta la importancia de reconocer las respuestas de los sistemas que ofertan sistemas sanitarios desde lo público, autónomo y ancestral o no convencional y valorar los saberes locales y preventivos utilizados por diversos grupos sociales -clínica zapatista Murcia fuera de la institución oficial y saberes ancestrales en salud -, así como la colaboración interdisciplinaria como un elemento clave para comprender como reaccionaron los sistemas de salud autónomos y no convencionales en paralelo al impacto de las reformas de salud pública en pandemia.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

La investigación se centra en mujeres de hogares indígenas como su unidad de análisis. Santana (2021), destaca la importancia de comprender cómo las expectativas y normas de género pueden impactar la salud de estas mujeres, especialmente en comunidades con población originaria como San Jerónimo Tulijá. Los roles tradicionales de género pueden restringir el acceso de las mujeres a la atención médica y afectar su autonomía para decidir sobre la búsqueda y percepción de los servicios de salud.

Es decir, según Santana y Freyermuth (2021), en mujeres de hogares indígenas, las expectativas y normas de género impactan su acceso a la atención médica y la libertad para elevar el nivel de servicio. Se destaca que los roles de género desempeñan un papel crucial en este acceso, subrayando la importancia de comprenderlos para mejorar la calidad y disponibilidad del servicio en San Jerónimo Tulijá. Desde la perspectiva de determinantes sociales y violencia estructural, se evidencia cómo la discriminación, marginación, desigualdad histórica y políticas discriminatorias afectan la salud y esperanza de vida de estas comunidades, especialmente de las mujeres. Además, se identifican factores que contribuyen tanto positiva como negativamente y se proponen soluciones para abordar las disparidades en la atención médica y promover la igualdad de oportunidades y el respeto a los derechos humanos en estas poblaciones.

3.1 Investigación documental

Se realizó la investigación de la literatura, en libros, tesis, artículos, videos, notas periodísticas, seminarios virtuales, sitios gubernamentales y organizaciones no gubernamentales internacionales sobre datos cuantitativos como, cifras del gasto público en salud y afiliación a servicios médicos y teorías sobre como acercarnos al análisis de los problemas del acceso a la salud de mujeres indígenas en la pandemia.

San Jerónimo Tulijá es una zona rural de herencia mesoamericana y se localiza en la parte periférica respecto a la capital política del estado. Existen no muchos estudios realizados, desde las ciencias sociales, sobre salud desde el enfoque territorial. San Jerónimo Tulijá es uno de los ejidos que forman parte las 692 localidades del municipio de Chilón. En 2020 la población

representa un total de 1,763 habitantes, es decir, 860 son mujeres y 903 hombres, significa -1 por ciento respecto al total municipal de Chilón y .03 respecto a la población estatal-.

3.2 Investigación de campo

En este estudio, nos basamos en el enfoque mixto, que como explica Carlos A. Sandoval Casilimas, emplea tanto métodos cualitativos como cuantitativos en una misma investigación. Optamos por este método debido a su versatilidad, ya que permite la recopilación de datos cualitativos y cuantitativos de forma secuencial o simultánea, así como su integración para obtener una visión más completa y enriquecedora de la investigación.

La fase cuantitativa (encuesta) se complementa con dos cuestionarios al personal médico del IMSS y de la clínica zapatista Murcia. Lo anterior, está justificado a partir de la técnica de triangulación que establece que, se utilizan múltiples fuentes de datos, como entrevistas, observaciones y documentos, para obtener una comprensión más completa y confiable del fenómeno en estudio. El cuestionario se emplea como una herramienta adicional para recopilar información que complementa y enriquece los datos obtenidos de otras técnicas.

Nuevamente, la triangulación se define como "el empleo de múltiples fuentes de información, así como de diversos métodos de recolección de datos, en el análisis de un fenómeno" (Denzin, 1978, p. 291).

Se aplicó un cuestionario al personal médico disponible en la clínica rural del IMSS-Bienestar. Con el objetivo evaluar la percepción de los médicos rurales sobre las posibles fallas y desafíos relacionados con la descentralización fiscal en el sector de la salud en San Jerónimo Tulijá e identificar problemas en la prestación de servicios de salud en áreas rurales y su impacto en la calidad de atención y el acceso de las poblaciones rurales a servicios de salud. Se compone de datos de identificación, y caracterizar el establecimiento, conocer la disponibilidad de infraestructura, comparar el equipo y material básico, conocer la capacidad de abastecimiento de medicamentos en el establecimiento y conocer la oferta de servicios del establecimiento.

Se implementó un cuestionario al personal médico disponible en la clínica zapatista Murcia. Con el objetivo de evaluar la percepción de los médicos rurales sobre las posibles fallas y

desafíos relacionados con la recentralización fiscal en el sector de la salud en San Jerónimo Tulijá e identificar problemas en la prestación de servicios de salud en áreas rurales y su impacto en la calidad de atención y el acceso de las poblaciones rurales a servicios de salud. Su participación es esencial para comprender mejor la situación y las necesidades en el ámbito de la atención médica en esta área. Se compone de datos de identificación y caracterizar el establecimiento, conocer la disponibilidad de infraestructura, comparar el equipo y material básico, conocer la capacidad de abastecimiento de medicamentos en el establecimiento y conocer la oferta de servicios del establecimiento.

En la fase cualitativa de esta tesis, llevan a cabo entrevistas semiestructuradas a mujeres parteras y/o hueseras practicantes de medicina ancestral.

Nuestros actores principales son, por lo tanto, las mujeres usuarias de sistemas de salud del IMSS. Los actores secundarios son, el personal médico del IMSS y de la clínica Murcia y las mujeres hueseras y parteras.

Diseño

Se ha realizado una revisión teórica sobre los conceptos clave de la investigación, centrándose en las fases del federalismo fiscal y su impacto en la descentralización y recentralización del gasto público en salud. Se examina cómo estas políticas afectan directamente la calidad y disponibilidad de los servicios de salud para las mujeres, particularmente a través del IMSS, y su implicación en la salud pública. A continuación, se analizarán los factores que contribuyen positiva y negativamente en el servicio de salud para las mujeres en la clínica autónoma zapatista Murcia. Por último, se explorarán las libertades y evaluaciones de efectividad que puedan ofrecer las mujeres parteras en este contexto.

Esta investigación sigue un enfoque inductivo, comenzando desde lo local y avanzando hacia lo general. Se enfoca en la perspectiva territorial, humana y cultural para luego explorar la teoría del federalismo fiscal y cómo impacta la oferta de servicios de salud pública, autónoma y ancestral. A partir del análisis de las fallas del federalismo fiscal, se propone el desarrollo humano como una solución integral.

3.2.1 Fase cuantitativa

La fase 1 o inicial de la tesis, en específico de la metodología cuantitativa es un muestreo aleatorio simple. El muestreo es aleatorio simple si garantiza que todos los componentes de la población tienen las mismas probabilidades de formar parte de la muestra y cada una de las posibles muestras del mismo tamaño tiene la misma probabilidad de ser escogida. Para realizar este tipo de muestreo se dispone de un listado de todas las unidades (1763) que componen la población, lo que supone importantes dificultades si la población es amplia y no se dispone de bases de datos completas.

Por eso la selección-diseño de la muestra es importante, se trata de seleccionar una muestra representativa de la población, que hemos delimitado como mujeres de San Jerónimo Tulijá, Chilón, Chiapas, que quizá hayan experimentado los efectos de la recentralización del gasto público en la calidad y disponibilidad de la oferta de salud durante la pandemia de COVID-19.

La muestra del estudio nos señala que en 2020 la población total representa un total de 1763 habitantes, es decir, 860 son mujeres y 903 hombres, significa -1 por ciento respecto al total municipal de Chilón y .03 respecto a la población estatal-.

N= tamaño del universo: 860 (2020)

P= probabilidad de ocurrencia: 0.5

Fórmula empleada

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{n}}$$

Donde

$$n_0 = P \times 1 - p \times \left[\frac{z(1 - \frac{p}{2})^2}{d} \right]$$

Con una población femenina de 2020 de 860, una probabilidad de 0.005, al 97 por ciento de confiabilidad corresponde una muestra de 300 cuestionarios a mujeres indígenas sin seguridad social.

Recopilación de datos cuantitativos:

En este apartado se recopila datos cuantitativos a través de cuestionarios (comprende el diseño del instrumento) estructurados a la población femenina que evalúen el impacto de la recentralización del gasto público en la salud por la calidad y disponibilidad. Para medir variables como el acceso a servicios de salud, la calidad de la atención médica, el presupuesto destinado a la salud, entre otros.

Realizamos 300 cuestionarios a mujeres, el objetivo de esto y la pertinencia es, comprender cómo esta descentralización ha afectado la accesibilidad, calidad y recursos en la atención médica. El cuestionario este compuesto por preguntas divididas en secciones, como los datos de identificación, los servicios sanitarios, oferta de servicios: analizar la calidad y accesibilidad de los servicios sanitarios, los efectos: evaluar el impacto económico de los problemas de salud durante la pandemia y el historial clínico.

Técnica: Encuesta (recolección de la información) a la población femenina de SJT definida a partir de poblaciones finitas por medio de la matriz de tamaños muestrales para diversos márgenes de error y niveles de confianza al estimar una proporción en poblaciones finitas.

La encuesta se define como un método para investigar las relaciones sociales, incluida la salud. En la actualidad, las organizaciones políticas, económicas y sociales emplean esta herramienta para comprender el comportamiento de grupos de interés y tomar decisiones informadas sobre ellos. Además, la encuesta puede tener objetivos de evaluación y seguimiento (Heriberto, 1998 p. 33).

La descripción de encuestas cambia dependiendo del contexto de aplicación, como ocurre en el ámbito de la salud. En esta área, las encuestas se centran en analizar los conocimientos, actitudes y comportamientos de la población en temas relacionados con la salud (López Romo, 1998).

El tipo de levantamiento es un criterio comúnmente utilizado para describir cómo se recopilan los datos en una encuesta. En este estudio, la información se registró utilizando cuestionarios físicos y métodos tradicionales de papel y lápiz (López Romo, 1998).

Para la técnica de triangulación, empleamos un cuestionario estructurado dirigido al personal médico de la clínica zapatista Murcia. El Coordinador de salud, Román Jiménez Gutiérrez, de la región Garrucha de las autoridades zapatistas proporcionó la información del cuestionario para la clínica autónoma zapatista Murcia, mientras que Nayeli Méndez Gutiérrez, hablante de tseltal y licenciada en enfermería, ofreció información del establecimiento correspondiente al "03 IMSS – Bienestar".

Estos actores clave dan cuenta de los puestos administrativos, enfermeras, médicos o promotores de salud, el número de horas de trabajo de personal administrativo, médico, las horas diarias que operan, el número de camas disponibles, los consultorios, los mecanismos de suministro de medicamentos, los médicos y enfermeras/os, en general de la infraestructura médica (archivos, servicios médicos quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios) que brindan la oferta de salud pública y autónoma a las mujeres través de ambas clínicas ubicadas en el barrio central de San Jerónimo Tulijá.

Las variables de ambos cuestionarios o instrumentos se sistematizan en excel a través de gráficas e interpretaciones que conecten con las teorías expuestas en el marco teórico para compararlos con los indicadores de salud de fuentes secundarias, como el gasto público per cápita -pc-en salud, la población derechohabiente la información del estado de los servicios sanitarios que brinda el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), o las cifras que deriven de la encuesta y de los cuestionarios. El análisis de los datos resultantes de los cuestionarios (cuantitativos) se tratarán a través de las estadísticas. Es decir, los datos de diferentes fuentes se interrelacionan al combinar los datos secundarios cuantitativos, obtenidos de la investigación de gabinete (por ejemplo, INEGI, INSABI e IMSS), con los datos recolectados en el trabajo de campo, que también incluyen información cuantitativa y cualitativa. Los datos cuantitativos, tanto de gabinete como de campo, se sistematizan usando herramientas como excel, generando gráficos e interpretaciones que permiten compararlos y analizarlos en conjunto.

Por otro lado, los datos cualitativos obtenidos por un indicio etnográfico en la metodología a partir del trabajo de campo aportan una comprensión más profunda de las experiencias y

percepciones de las personas, añadiendo una dimensión más rica al análisis. Estos datos ayudan a interpretar los resultados de manera más contextualizada, enfocándose en cómo las políticas y acciones gubernamentales afectan directamente a las personas, no como números, más bien como seres humanos.

El análisis de los datos surge de la integración de todas estas fuentes. Los datos cuantitativos proporcionan una estructura objetiva, mientras que los cualitativos ofrecen el contexto necesario para comprender las realidades que se investigan de una manera rigurosa. Esta combinación permite conectar los diferentes tipos de información de manera coherente, proporcionando una respuesta más completa y detallada sobre la situación estudiada.

En suma, de acuerdo con Surday, la investigación recogerá, tratará y analizará los datos de las variables previamente determinadas y se estudiará la relación entre ellas y realizará la interpretación de los resultados (2007:51).

3.2.2 Fase cualitativa

Luego dentro de la fase 2 o cualitativa se hizo la selección de participantes cualitativos, significa seleccionar una muestra de informantes, como mujeres clave residentes de San Jerónimo, Tulijá, hueseras y parteras y establecer con ellas las entrevistas semiestructuradas.

Así, se empleó métodos cualitativos, como las conversaciones informales y las entrevistas semiestructuradas, con mujeres “adultas mayores” que son altamente beneficiosas para comprender mejor las experiencias y percepciones de este grupo demográfico en términos de salud.

Realizamos entrevistas semiestructuradas a parteras y hueseras con el objetivo de recopilar experiencias en cuanto a sabiduría relacionada a la salud y la medicina no convencional en San Jerónimo Tulijá durante la pandemia mediante un conjunto de preguntas diseñadas para conocer sus pensamientos y vivencias. Se compone de, ejes orientadores, como, experiencia, cultura, métodos, desafíos y contribución.

Los métodos cualitativos tienen el propósito de alcanzar un análisis integral, de la respuesta de los sistemas de salud ancestrales en paralelo a la reforma gubernamental del gasto público, que

se midió con la calidad y disponibilidad: de las experiencias de las mujeres, sus puntos de vista, emociones y percepciones sobre la razón evaluativa y de efectividad de las mujeres sobre los servicios de salud, público, autónomo y alterno en el territorio durante la pandemia.

La pertinencia de esta fase radica en que es parte esencial de la perspectiva territorial abandonar los fetiches de la visión hegemónica y en vez de ello resaltar las respuestas desde el territorio a partir, en este caso de las practicas ancestrales -que, aunque no comparten recursos para financiar la oferta en salud forman parte del territorio- en términos de salud y su relación con la salud convencional.

Estos métodos permiten una interacción cercana entre el investigador y el participante, lo que fomenta la confianza y la apertura en la comunicación, las mujeres indígenas, sean parteras o hueseras, tienen voces y experiencias que puedan no estar completamente representadas en los datos cuantitativos, ni por el sistema hegemónicos, las entrevistas en profundidad ofrecen una plataforma valiosa para escuchar y comprender sus relatos de vida, necesidades y desafíos de manera más holística, el uso de métodos cualitativos facilitará una percepción más innovadora y critica, de cómo enfrentar los desafíos de la recentralización del gasto público en salud para territorios diferenciados por factores simbólicos, geográficos, etc.

La fase 2 de la metodología cuantitativa es un muestreo intencional para garantizar que las mujeres parteras y/o hueseras representen adecuadamente el contexto y las características del problema en estudio. La saturación es un principio crucial que sugiere finalizar la recolección de datos cuando la adquisición de nueva información ya no agrega perspectivas adicionales al tema en estudio. En la investigación cualitativa, este concepto se aplica considerando diversos enfoques como el análisis de contenido, el análisis temático, el enfoque fenomenológico, el análisis narrativo y la teoría fundamentada (Bedregal, P., Besoain, C., Reinoso, A., & Zubarew, T., 2017).

La recopilación de datos cualitativos. La herramienta guía en este estudio fue la observación directa de las actoras, sean, hueseras o parteras con las que se estableció las entrevistas en semiestructuradas para recopilar datos cualitativos sobre las percepciones, experiencias, opiniones de la razón de efectividad y evaluativa de mujeres en relación con la salud pública,

autónoma y ancestral y su impacto en pandemia. La entrevista a semiestructurada es una herramienta fundamental para el desarrollo de toda estrategia de observación participante. El investigador que integra la entrevista cualitativa en su trabajo de observación etnográfica utiliza habitualmente esta técnica como recurso para configurar el contexto de observación.

En el campo de la etnografía, la entrevista se destaca como una herramienta esencial que actúa como eje central para la investigación, permitiendo el contacto y la comprensión de los individuos dentro de la comunidad. A través de las entrevistas realizadas, el investigador estructura sus siguientes estrategias durante el trabajo de campo. En este contexto, la entrevista sirve como un recurso adicional y complementario a la observación participante (Sierra, 1998, p. 305). Por ello resultó importante, la identificación de las informantes clave: se eligió a mujeres con conocimientos y experiencia relevante durante el covid-19, como parteras y hueseras que proporcionaron información valiosa. Se diseñó una guía de entrevista con la preparación de preguntas abiertas y semiestructuradas para obtener respuestas detalladas y en profundidad relacionadas con los objetivos de investigación. El análisis de los datos cualitativos consiste en examinar y sintetizar los datos y extraer temas y patrones significativos. Informe de resultados: hacer un informe de investigación con introducción, metodología, resultados, discusión y conclusiones, utilizando ejemplos concretos de entrevistas para respaldar las afirmaciones. El proceso es iterativo y requiere objetividad y consistencia en la interpretación de los datos.

En el apartado metodológico de esta tesis no se busca exclusivamente una descripción de los instrumentos utilizados, sino una reflexión crítica sobre cómo estos instrumentos permiten dar respuesta a las preguntas de investigación. El objetivo es analizar cómo la recentralización del gasto en salud durante la pandemia de COVID-19 afectó la calidad y disponibilidad de los servicios médicos en San Jerónimo Tulijá, centrándonos en las respuestas alternativas ofrecidas por la Clínica Murcia y las parteras locales. En este sentido, los instrumentos metodológicos elegidos, como las encuestas, entrevistas y análisis documental, no se presentan de forma aislada. Se seleccionaron porque permiten capturar la complejidad e intención integral del fenómeno estudiado, ofreciendo diversas perspectivas y niveles de análisis que enriquecen el abordaje de la investigación.

El uso de encuestas, por ejemplo, va más allá de recolectar información cuantitativa sobre la percepción del personal médico y la población femenina en cuanto a los servicios de salud. La triangulación de datos con las entrevistas semiestructuradas a parteras y personal médico no solo aporta diversidad metodológica, sino que también permite una visión holística de cómo la recentralización del gasto en salud ha influido en el acceso a servicios médicos en esta comunidad. De esta manera, la combinación de instrumentos asegura que cada técnica no solo recoja datos relevantes, sino que responda eficazmente a la pregunta central de la investigación, proporcionando tanto una comprensión estructural como contextual del impacto de las políticas de salud.

El análisis documental, a su vez, no es únicamente una revisión de fuentes secundarias, sino que se conecta directamente con las variables de estudio, permitiendo contextualizar los resultados empíricos y evaluar cómo las experiencias locales de las parteras y la Clínica Murcia reflejan o desafían los patrones generales detectados en los estudios previos. De esta forma, los instrumentos elegidos en esta metodología responden adecuadamente a las preguntas de investigación al facilitar la recolección de datos que permiten contrastar teorías y resultados en un enfoque coherente, sensible al contexto cultural y territorial de San Jerónimo Tulijá.

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

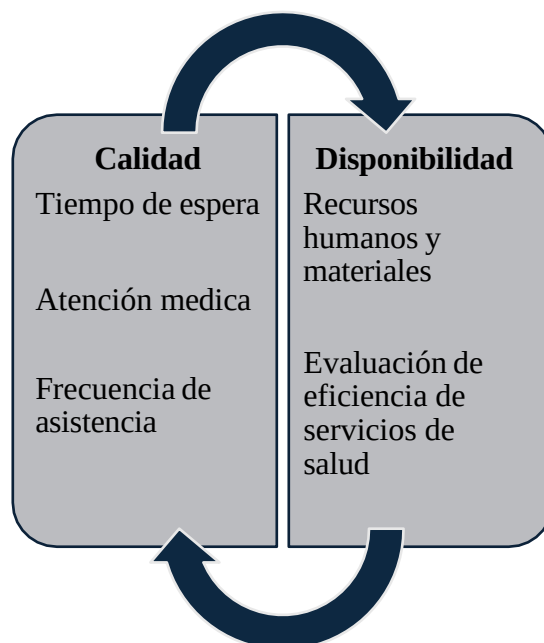
4.1 Los efectos de la recentralización en la calidad/disponibilidad del acceso a la salud para las mujeres en la clínica rural del Instituto Mexicano del Seguro Social

En San Jerónimo Tulijá, el análisis de la disponibilidad y efectividad de los servicios de salud revela importantes inquietudes sobre la calidad de la atención médica y la asignación de recursos estatales. A partir de una encuesta aplicada a mujeres de la comunidad en 2023, se observa que, aunque la media de la atención se sitúa cerca de "buena" con un promedio de 2.70, la percepción de los servicios varía, inclinándose hacia una evaluación de regular o deficiente. La principal fuente de información sobre temas de salud proviene de familiares y amigos, lo que indica una escasa intervención informativa por parte del personal sanitario. Asimismo, la mayoría de las encuestadas considera que los recursos financieros dedicados a la salud son insuficientes, como lo reflejan los valores centrales de las respuestas.

Durante la pandemia, casi la mitad de las mujeres encuestadas sufrió un impacto económico considerable debido a problemas de salud, lo que pone de manifiesto la fragilidad económica de la región. En cuanto a la evolución de la oferta de servicios de salud en los últimos 15 años (el periodo de 15 años contempla los resultados del levantamiento del cuestionario efectuado en diciembre de 2023 y en base a un marco temporal desde la recesión de 2008 durante el sexenio de Calderón hasta el 2023, evidenciando cambios económicos y su impacto en el acceso a la salud de las mujeres y de las familias en San Jerónimo), la percepción general es que ha habido una mejora mínima, lo cual genera insatisfacción respecto a la calidad de la atención en la comunidad. Estos resultados subrayan la urgencia de un enfoque transdisciplinario que aborde la salud desde una perspectiva social y económica, tomando en cuenta las especificidades del

contexto local y las necesidades particulares de la población, especialmente en tiempos de crisis como la pandemia.

Esquema 3. Calidad y Disponibilidad en IMSS-Bienestar



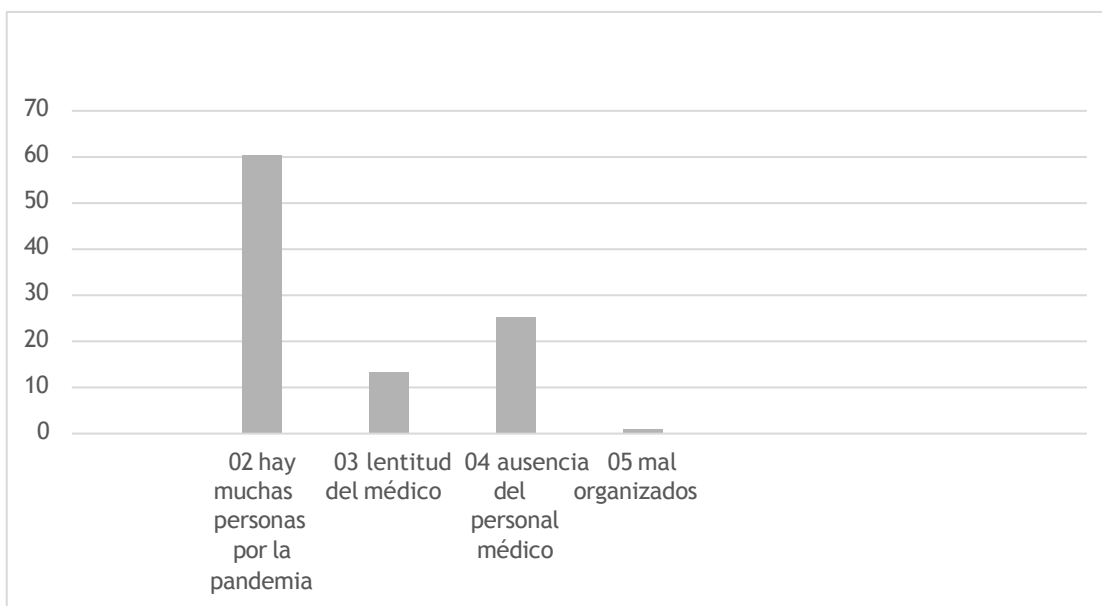
Fuente: elaboración propia en base a datos de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM y la OMS, 2012.

4.2 Calidad

4.2.1 Tiempo de espera

La calidad. Es la atención médica -promoción, cuidados paliativos, salud física, mental y social y el bienestar-(OMS 2012).

Gráfica 5. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Calidad: tiempo de espera. Factores que atribuyen la espera (porcentaje de encuestados, n=300).



Fuente: elaboración propia con base en la encuesta a las mujeres en SJT, 2023.

Dentro de la calidad de la oferta de salud en términos de tiempo de espera y en este caso se le atribuye a que hay muchas personas esperando una consulta debido a la pandemia (60 %), seguida de la ausencia de personal médico por la misma situación y la lentitud del médico. Aquí se ven comprometidas otra vez la calidad y la disponibilidad de los servicios de salud públicos ante una crisis sanitaria que agudizó la pobreza de participación y protección de las mujeres.

El valor con más frecuencia es que hay muchas personas esperando o en este caso, la moda es 2, lo que indica que la razón más común atribuida a la espera fue "hay muchas personas por la pandemia".

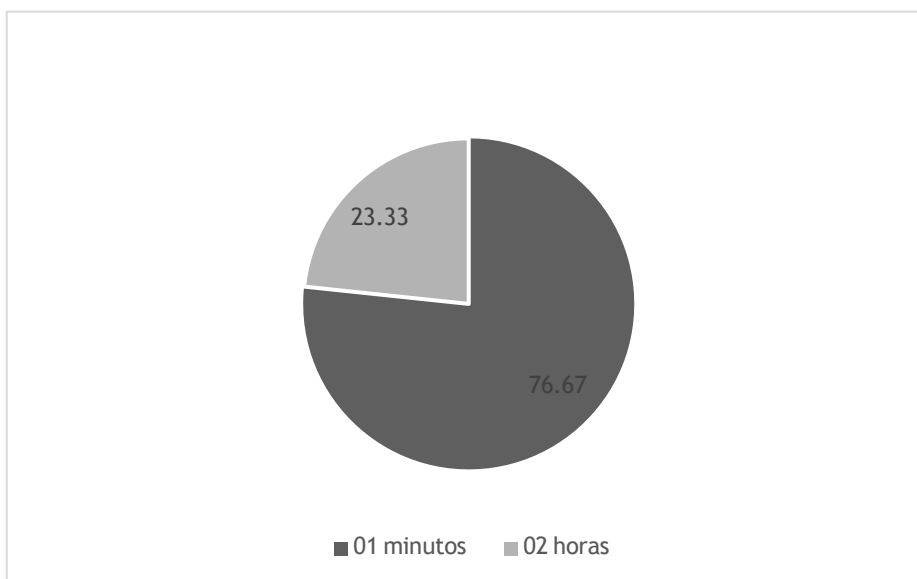
Esta opinión no está demasiado sesgada por otros valores como lentitud del médico, por ejemplo, lo que significa que al menos la mitad de las personas atribuyeron la espera a "hay muchas personas por la pandemia".

El valor promedio de los valores indica que hay muchas personas esperando más que otras cuestiones. En este caso, la media es aproximadamente 2.67, lo que indica que, en promedio,

las personas atribuyeron la espera principalmente a "hay muchas personas por la pandemia", pero también a otras razones como la lentitud del médico y la ausencia del personal médico.

En resumen, la razón más común atribuida a la espera fue "hay muchas personas por la pandemia", con una percepción promedio que respalda esta idea, aunque también se mencionaron otras razones como la lentitud del médico y la ausencia del personal médico.

Gráfica 6. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Calidad: tiempo de espera. Tiempo transcurrido desde llegada a la clínica hasta atención médica (porcentaje de encuestados, n=300).



Fuente: elaboración propia con base en la encuesta a las mujeres en SJT, 2023.

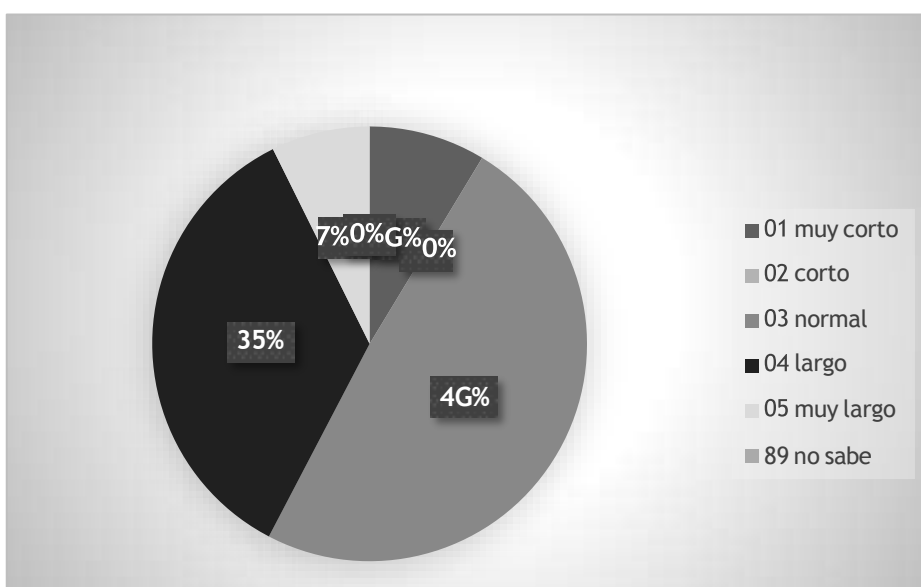
Para medir el servicio de salud que las mujeres reciben, preguntamos y la mayor parte de los encuestados está de acuerdo con que el tiempo de espera se extiende a dos horas en adelante y aunque el tiempo solo impliquen de minutos para ellos es bastante. Por qué, muchos usuarios viajan desde Zapata, Paraíso u otras comunidades aledañas a San Jerónimo, Tulijá en condiciones extremas de calor y terracería. Esto da cuenta de que la calidad de los servicios, en especial para las mujeres, es insuficiente, esto se agudizó en la pandemia, por los tiempos de espera. La moda nos ayuda a saber que comúnmente el 76 por ciento de mujeres encuestadas esperan más de media hora para pasar al servicio de salud. La tendencia de este conjunto de datos indica que el valor más frecuente es una espera de media hora a más.

En este caso, la moda es 1, lo que indica que la mayoría de las personas indicaron que pasaron "minutos" desde su llegada a la clínica hasta que fueron atendidas por la médica o el médico.

En este caso, la media es aproximadamente 1 hora y 23 minutos, lo que indica que, en promedio, el tiempo transcurrido desde la llegada hasta la atención médica fue de aproximadamente 1 hora y 23 minutos.

En resumen, la mayoría de las personas indicaron que pasaron solo minutos desde su llegada a la clínica hasta que fueron atendidas por la médica o el médico. El tiempo promedio fue de alrededor de 1 hora 23 minutos.

Gráfica 7. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Calidad: tiempo de espera. Percepción del tiempo transcurrido (porcentaje de encuestados, n=300).



Fuente: elaboración propia con base en la encuesta a las mujeres en SJT, 2023.

La encuesta revela que el tiempo que pasó es en general normal, sin embargo, un 35 por ciento piensa que es largo. Según la percepción de la población, la calidad del servicio esta evaluada como normal por casi la mitad de los usuarios por la pandemia, pero los tiempos de espera continúan.

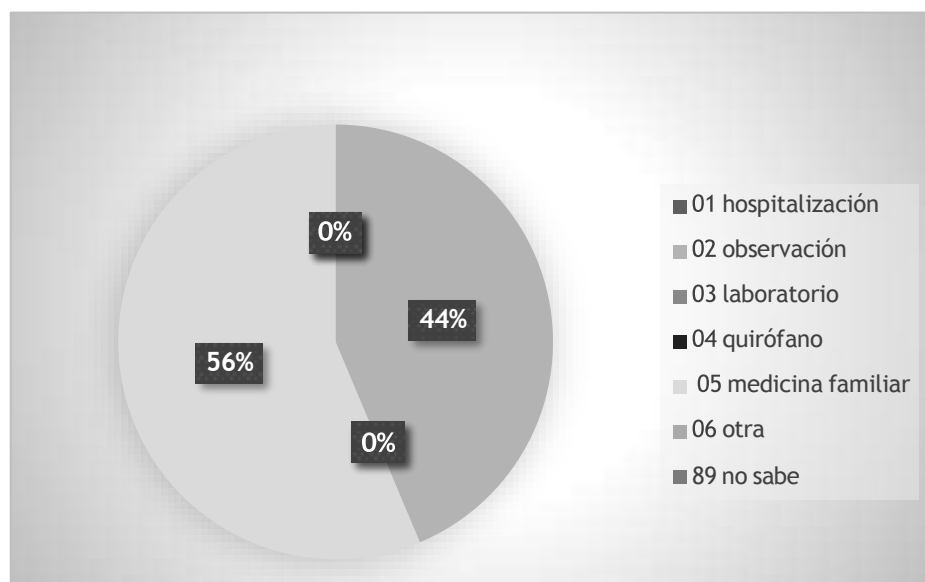
Moda: 49 por ciento es el valor más común para los encuestados y revela que el tiempo que paso es normal.

Mediana: el tiempo esta entre norma tendiendo a largo, significa que la mitad de las personas consideraron que el tiempo fue "normal" o menos, y la otra mitad consideró que fue "largo" o más.

Media: 49 por ciento es el valor típico de los datos dice que el tiempo es normal porque los datos no están sesgados por valores extremos ya que el 35 por ciento restante considera que el tiempo es largo. En este caso, la media es aproximadamente 3.32, lo que indica que, en promedio, las personas consideraron que el tiempo fue un poco más largo que "normal". En resumen, la mayoría de las personas consideraron que el tiempo transcurrido fue "normal", aunque hubo una proporción considerable que lo consideró "largo". El tiempo promedio percibido fue ligeramente más largo que "normal".

4.2.2 Atención medica

Gráfica 8. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Calidad: atención médica. Destino de los pacientes al ingresar a consulta (porcentaje de encuestados, n=300).



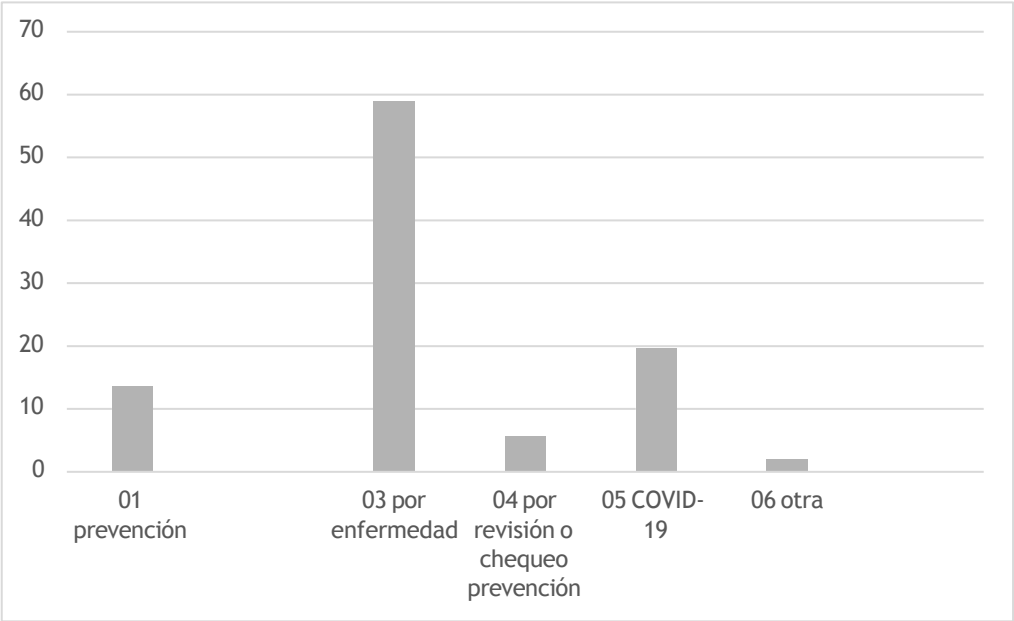
Fuente: elaboración propia con base en la encuesta a las mujeres en SJT, 2023.

La moda representa el valor que aparece con mayor frecuencia en un conjunto de datos. En este caso, la moda es 5, lo que significa que "5" es el servicio más común al que las personas pasan cuando van a consulta.

La mediana es el valor que se encuentra en el medio de un conjunto de datos ordenados de menor a mayor. Dado que la mediana también es 5, esto indica que al menos el 50% de las personas pasan a consulta en el servicio de medicina familiar. La media es el promedio de un conjunto de datos y se calcula sumando todos los valores y dividiendo por el número total de valores. En este caso, la media es 3.69, lo que sugiere que, aunque el servicio de medicina familiar es el más común, hay algunos valores más bajos en el conjunto de datos que afectan a la media.

En resumen, la mayoría de las personas pasan a consulta en el servicio de medicina familiar, que es representado por la moda y la mediana, mientras que la media se ve afectada por algunos valores más bajos en el conjunto de datos.

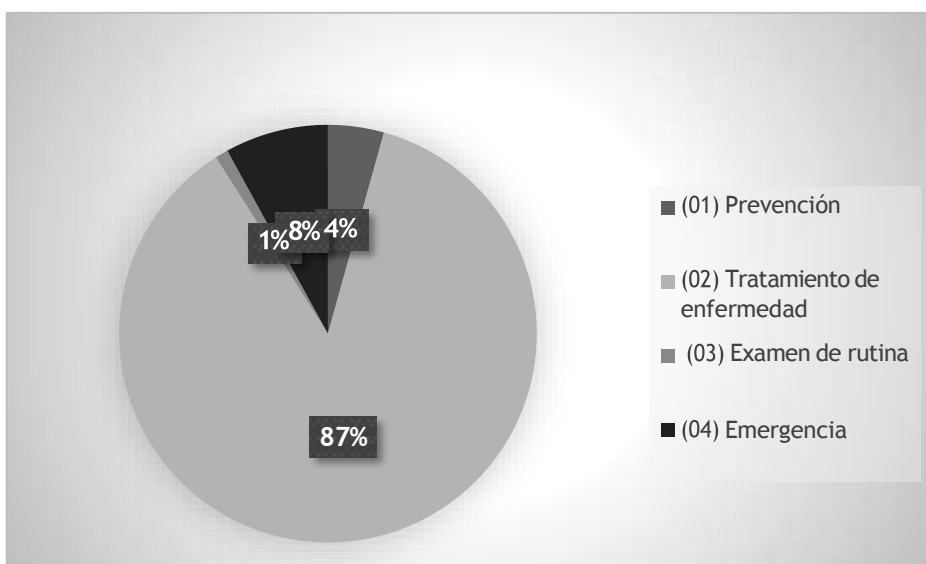
Gráfica 9. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Calidad: atención médica. Motivos Principales de Consulta (porcentaje de encuestados, n=300).



Fuente: elaboración propia con base en la encuesta a las mujeres en SJT, 2023.

La prevalencia de asistencia de las mujeres en pandemia se debe comúnmente en un 60 por ciento enfermedades (relacionadas a enfermedades infecciosas que no se descarta sean covid-19), también es el valor que se encuentra en el conjunto ordenado, en el centro y el que mejor representa el mismo. Esta tendencia seguida de un 20 por ciento la razón covid-19, específicamente.

Gráfica 10. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Calidad: atención médica. Razón principal de su última visita al médico (porcentaje de encuestados, n=300).



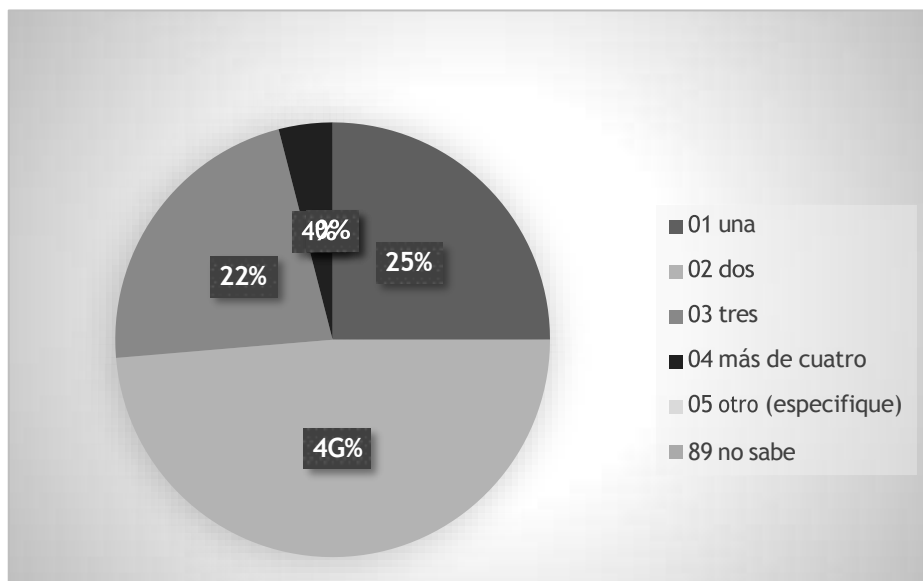
Fuente: elaboración propia con base en la encuesta a las mujeres en SJT, 2023.

La principal razón de la última visita al médico es por tratamiento de una enfermedad (87 por ciento). Los exámenes de rutina y la prevención ocupan porcentajes mínimos de la población (1 y 4 por ciento respectivamente).

La moda muestra que la razón más común para la última visita al médico es el "tratamiento de enfermedad". La mediana, que es 2, indica que al menos la mitad de las personas visitaron al médico por esta razón. La media, 2.13, confirma que, en promedio, las mujeres van al médico principalmente para tratar una enfermedad. En resumen, el tratamiento de enfermedades es la principal razón de consulta, según la moda, la mediana y la media.

4.2.3 Frecuencia de asistencia

Gráfica 11. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Calidad: frecuencia de asistencia. Visitas a centros públicos por emergencia en los últimos 12 meses (porcentaje de encuestados, n=300).



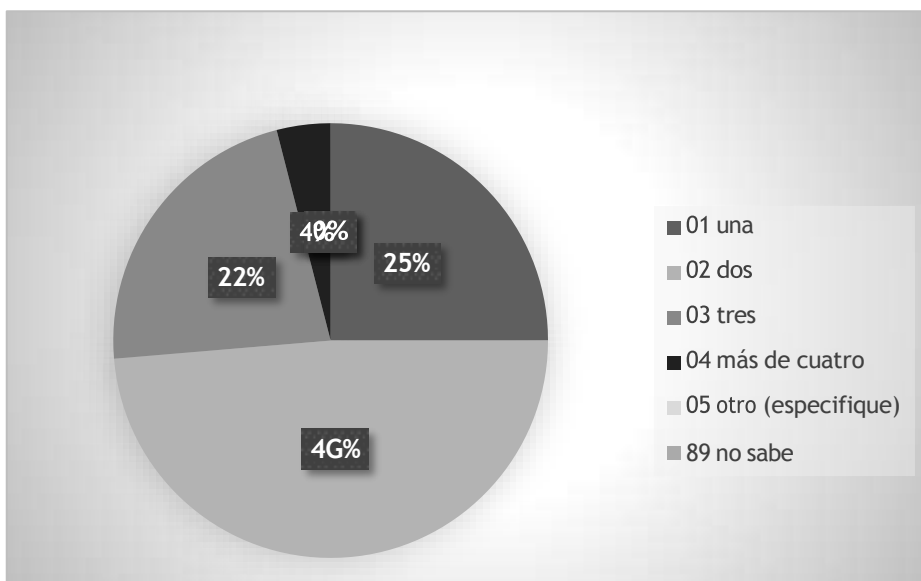
Fuente: elaboración propia con base en la encuesta a las mujeres en SJT, 2023.

La frecuencia de asistencia que mide la calidad del servicio de salud demuestra que, durante los últimos 12 meses, el 49 por ciento respecto del total (300) de los encuestados acudieron a un centro público por emergencia, el otro 50 por ciento señalan que tres veces y una vez respectivamente.

La moda indica que el valor más frecuente es que el 49% de las personas fueron dos veces al médico en centros públicos por emergencias. La mediana muestra que la mitad fue dos veces o menos, y la otra mitad dos veces o más. La media refleja el promedio de visitas de las mujeres al médico, influenciada por quienes acudieron más o menos veces.

En resumen, la mayoría de las personas encuestadas fueron a un centro público para emergencias dos veces en los últimos 12 meses, con una distribución de visitas que hace que la mediana y la media sean consistentes con esta frecuencia.

Gráfica 12. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Calidad: frecuencia de asistencia. Frecuencia de visitas médicas anuales (porcentaje de encuestados, n=300).



Fuente: elaboración propia con base en la encuesta a las mujeres en SJT, 2023.

El 63 por ciento de los encuestados respondieron que una vez al año acuden al médico. El 15 por ciento van al médico menos de una vez al año y el otro 15 por ciento dos veces al año. Se observa que en cuanto a calidad (frecuencia de asistencia de las mujeres a los servicios sanitarios) no toda la población muestra preocupación por cuidar su salud, pero otro 30 por ciento acude con más frecuencia.

Moda es el 63 por ciento que va una vez al año el valor más común. La moda es 2, lo que indica que "Una vez al año" es la respuesta más común. Esto significa que la mayoría de las personas visitan al médico una vez al año.

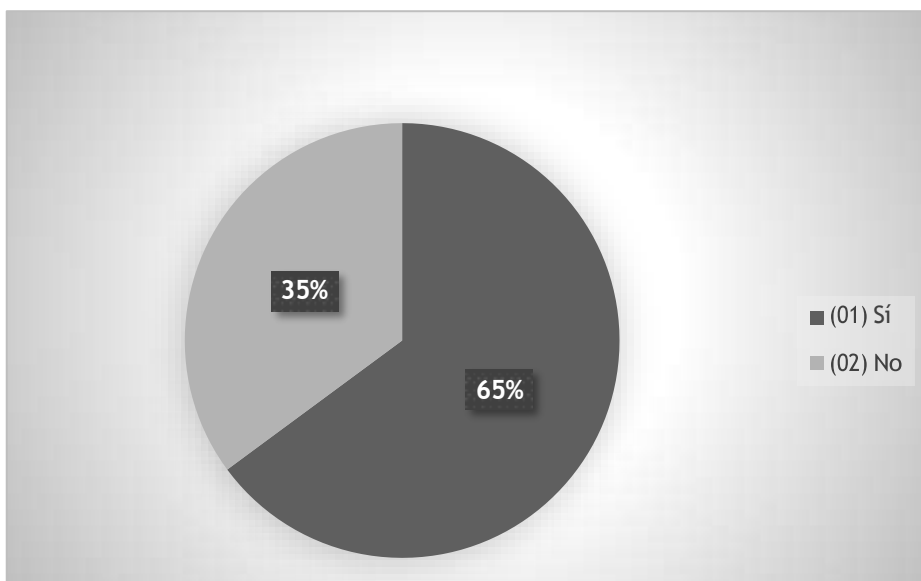
Mediana la mitad de las mujeres encuestadas va una vez al año. La mediana es 2, lo que sugiere que el número medio de visitas al médico en un año es también una vez. Esto significa que al menos la mitad de las personas visitan al médico una vez al año o menos, y al menos la mitad visitan al médico una vez al año o más.

Media, en promedio del grupo, acude dos veces al médico en un año, en pandemia. La media es aproximadamente 2.14, lo que indica que, en promedio, las personas visitan al médico un poco más de una vez al año. Esto sugiere que hay algunas personas que visitan al médico con más frecuencia, lo que eleva ligeramente la media. En resumen, la mayoría de las personas encuestadas visitan al médico una vez al año, con una distribución de frecuencia de visitas que hace que la mediana y la moda coincidan con esta frecuencia, mientras que la media se ve ligeramente elevada debido a algunas visitas más frecuentes de algunas personas.

4.3 Disponibilidad

4.3.1 Recursos humanos y materiales

Gráfica 13. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Disponibilidad: recursos humanos y materiales. Vacunas Recibidas en los Últimos 5 Años (porcentaje de encuestados, n=300).



Fuente: elaboración propia con base en la encuesta a las mujeres en SJT, 2023.

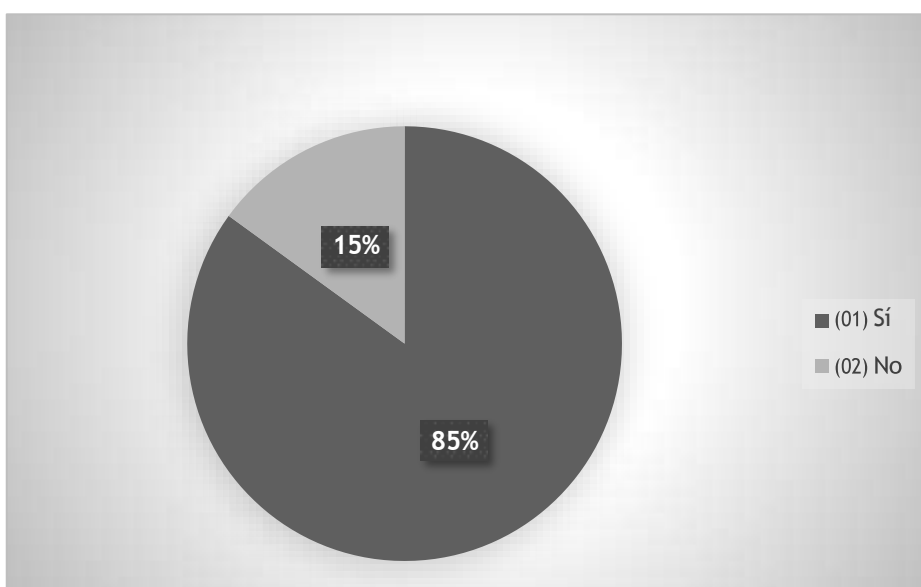
En los últimos cinco años el 65 por ciento respondió que sí ha recibido vacunas, pero un importante 35 por ciento no lo ha hecho, sobre todo en el pasado tiempo de pandemia por resistencia.

La moda dice que el 65 por ciento es el valor preponderante. Lo que demuestra que hubo cierta confianza a las medidas sanitarias impuestas por el gobierno durante la pandemia.

La mediana dice que la mitad de los encuestados adopto las medidas, las mujeres que revela los cuidados de la enfermedad o la salud están asociadas a las mujeres.

En resumen, la mayoría de las personas han recibido vacunas en los últimos 5 años, con una cantidad considerable que no lo ha hecho. La media se ve influenciada por la distribución de respuestas y muestra un promedio ponderado de la proporción de personas vacunadas.

Gráfica 14. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Disponibilidad: recursos humanos y materiales. Problemas para acceder a medicamentos recetados (porcentaje de encuestados, n=300).



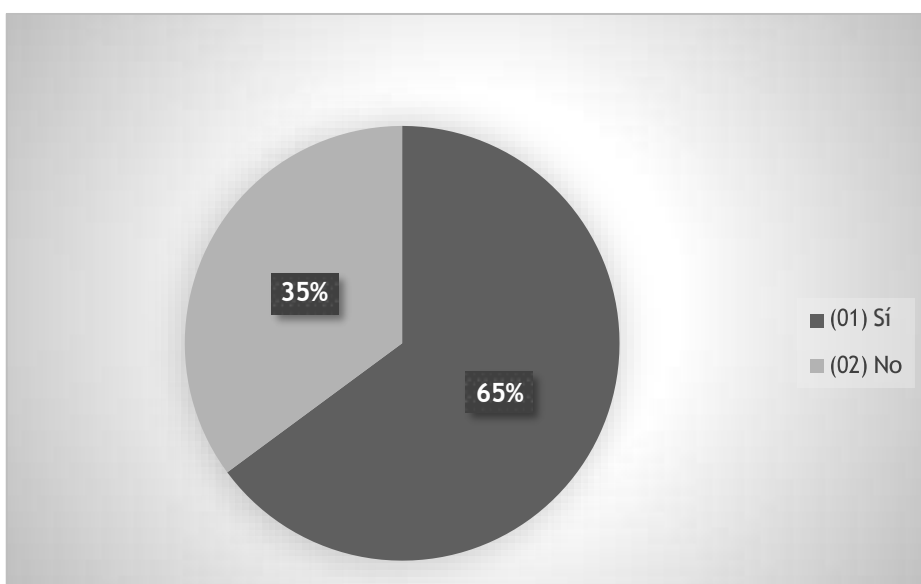
Fuente: elaboración propia con base en la encuesta a las mujeres en SJT, 2023.

Los datos indican que la mayoría de las personas encuestadas (85%) han experimentado problemas para acceder a medicamentos recetados en algún momento. La moda y la mediana son 1, lo que sugiere que la respuesta "Sí" es la más común y que la mitad de las respuestas caen en esta categoría. La media de 1.15 también sugiere una prevalencia alta de problemas de acceso.

Esto plantea preocupaciones importantes sobre la accesibilidad a los medicamentos recetados en la comunidad encuestada. Los problemas para acceder a medicamentos pueden tener serias implicaciones para la salud de las personas y pueden ser un obstáculo para recibir el tratamiento necesario

En resumen, estos datos señalan la necesidad de abordar los desafíos relacionados con el acceso a medicamentos recetados para garantizar una atención médica efectiva y equitativa para todos en la comunidad.

Gráfica 15. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Disponibilidad: recursos humanos y materiales. Entrega de medicamentos en la clínica (porcentaje de encuestados, n=300).



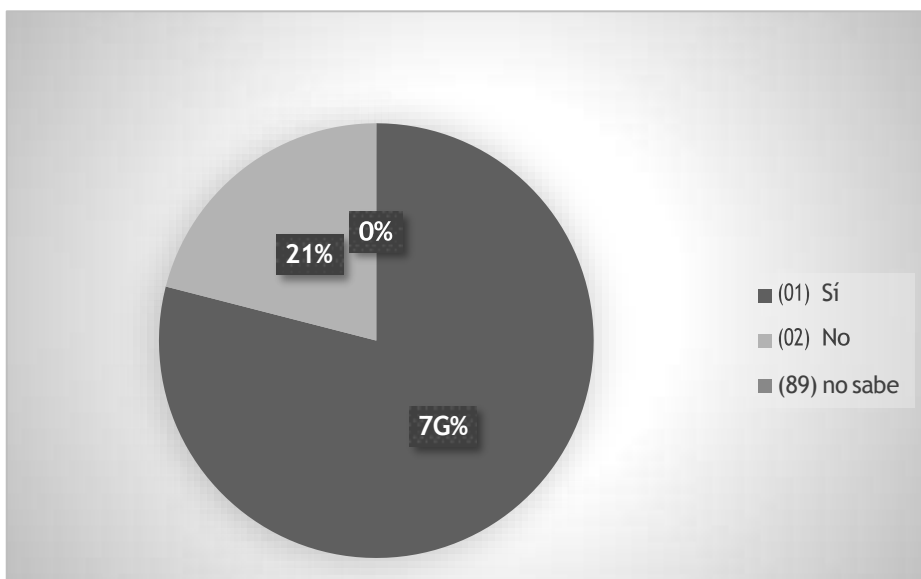
Fuente: elaboración propia con base en la encuesta a las mujeres en SJT, 2023.

El 62 por ciento afirman que si reciben medicamentos durante la pandemia y el otro 38 por ciento que no recibieron medicamentos (paracetamol, sueros orales) en el mismo periodo, lo que refleja la debilidad de la disponibilidad del servicio en términos de los recursos con los que cuenta el IMSS.

La moda muestra que el 62% de las personas recibieron medicamentos, siendo la respuesta más común "sí". La mediana indica que al menos la mitad de los encuestados recibieron medicamentos en la clínica. La media, de 1.38, sugiere que, en promedio, más del 50% de las personas recibieron medicamentos.

En resumen, la mayoría de las personas encuestadas recibieron medicamentos dentro de la clínica, lo que se refleja en la moda, la mediana y la media.

Gráfica 16. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Disponibilidad: recursos humanos y materiales. Acceso a centros de salud en la comunidad (porcentaje de encuestados, n=300).



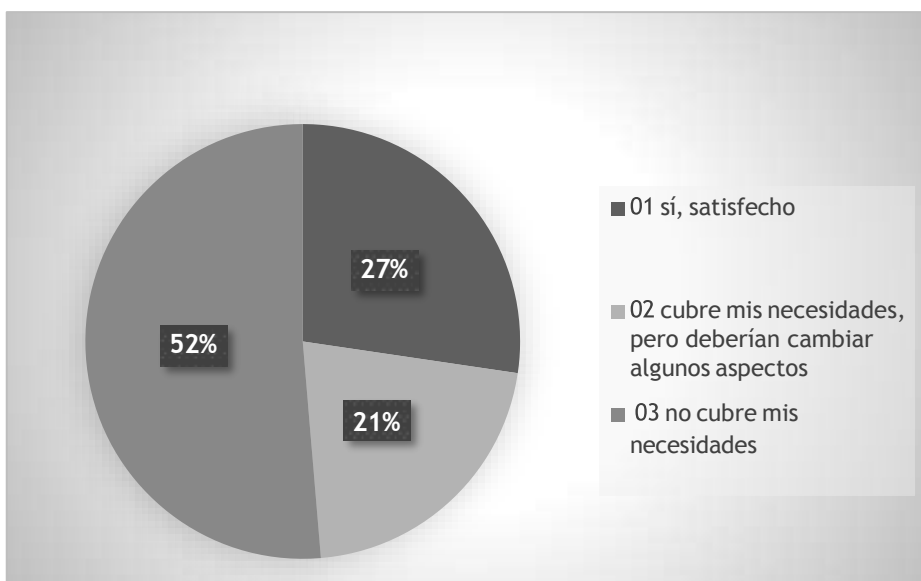
Fuente: elaboración propia con base en la encuesta a las mujeres en SJT, 2023.

El 79% de las personas encuestadas tiene acceso a un centro de salud en su comunidad. La moda y la mediana son 1, indicando que "Sí" es la respuesta más frecuente y que la mitad de las respuestas también son afirmativas. La media de 1.21 refleja un sesgo hacia respuestas positivas. Este tipo de acceso es crucial para garantizar la atención médica básica y el bienestar de una comunidad. Además, la ausencia de respuestas "no sabe" sugiere un nivel de conciencia relativamente alto entre los encuestados sobre la disponibilidad de servicios de salud en su área.

En resumen, estos datos proporcionan una visión general positiva de la accesibilidad a la atención médica en la comunidad encuestada, lo que puede tener implicaciones importantes para la salud pública y el acceso equitativo a la atención médica.

4.3.2 Evaluación de eficiencia y de servicios de salud

Gráfica 17. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Disponibilidad: evaluación y eficiencia de los servicios de salud. Satisfacción de necesidades por el sistema sanitario (porcentaje de encuestados, n=300).



Fuente: elaboración propia con base en la encuesta a las mujeres en SJT, 2023.

La mitad de los encuestados respecto al total (300) considerando solamente su experiencia, sus problemáticas individuales y sobre todo sus necesidades de salud, piensa que el sistema de salud no cubre sus necesidades. En este caso con la recentralización, se comprometa la calidad porque no se cubre un tiempo de espera apropiado para la demanda de las mujeres, luego la atención

medica es deficiente e impacta sobre la frecuencia de asistencia. Esto se debe a la carencia de recursos y la eficiencia en general del servicio afectando la disponibilidad.

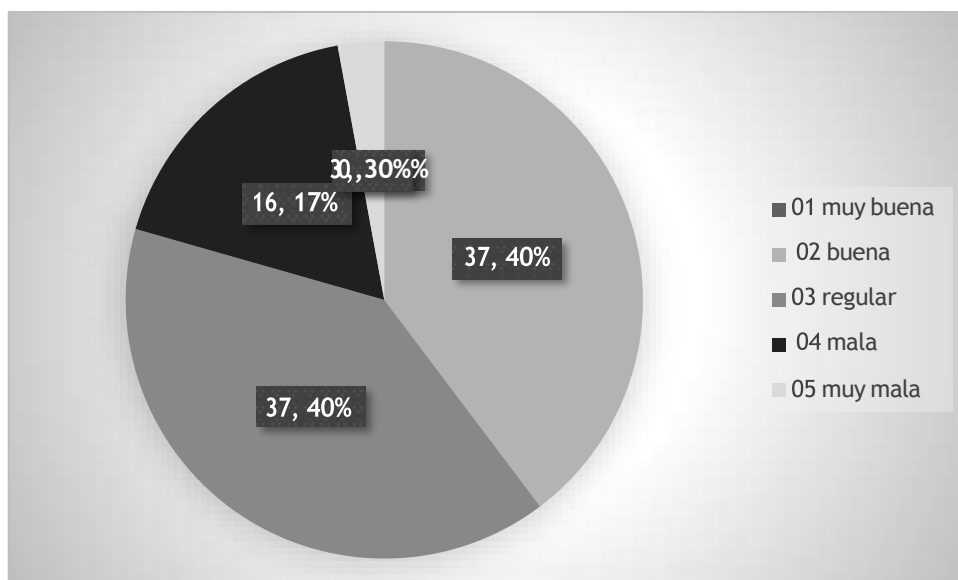
La moda, el valor típico es que de hecho no se cumple las necesidades. La moda es el valor más común en un conjunto de datos. En este caso, la moda es 3, lo que significa que la respuesta más común entre los encuestados es "no cubre mis necesidades".

La mediana, al menos la mitad sugiere que no se cubren las necesidades. Mediana: La mediana es el valor que se encuentra en el medio de un conjunto de datos ordenados de menor a mayor. Dado que los datos son simétricos y hay tres valores repetidos de 3, la mediana también es 3.

La media, en promedio la relación se inclina a que no se cubren las necesidades. Media: La media es el promedio de todos los valores en un conjunto de datos. Según los datos proporcionados, la media es 2.24. Esto significa que, en promedio, las respuestas están más cerca de "no cubre mis necesidades" que de "cubre mis necesidades, pero deberían cambiar algunos aspectos".

Estas medidas resumen muestran que la mayoría de los encuestados sienten que el sistema sanitario público de San Jerónimo Tulijá no satisface sus necesidades de salud. Aunque algunas personas están satisfechas o piensan que el sistema cubre sus necesidades, pero con cambios, la tendencia general refleja insatisfacción.

Gráfica 18. San Jerónimo Tulijá. Disponibilidad: evaluación y eficiencia de servicios de salud. Clasificación de la atención en el servicio de salud (porcentaje de encuestados, n=300).



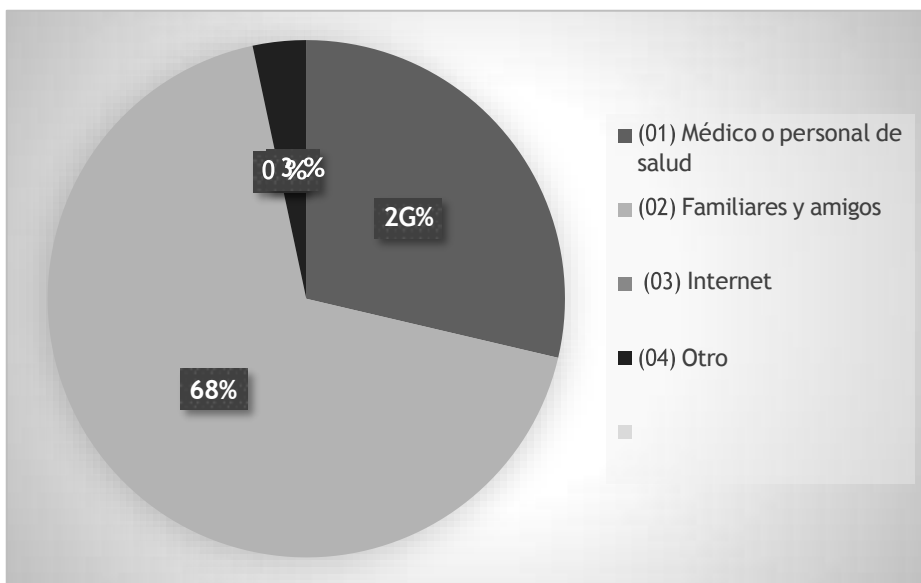
Fuente: elaboración propia con base en la encuesta a las mujeres en SJT, 2023.

La moda, el valor preponderante es que la atención es buena. La moda es 2, lo que indica que la respuesta más común es "buena", es decir, que la mayoría de las mujeres encuestadas clasificaron la atención que recibieron en el servicio de salud como buena. La mediana, pero la mitad de los encuestados prefiere que más bien es regular. La mediana es 3, lo que sugiere que la mitad de las personas encuestadas clasificaron la atención como regular o mejor.

Y la media en promedio por poco los servicios en común el servicio puede ser bueno. La media es aproximadamente 2.70, lo que indica que, en promedio, la clasificación de la atención es cercana a "buena". En resumen, la mayoría de las personas encuestadas clasificaron la atención que recibieron en el servicio de salud como buena, mientras que una proporción considerable la clasificó como regular o peor, lo que se refleja en la moda, la mediana y la media.

Solo un enfoque transdisciplinario donde se resalta la necesidad de abordar la salud desde perspectivas sociales y económicos de manera transdisciplinaria.

Gráfica 19. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Disponibilidad: evaluación y eficiencia de los servicios de salud. Principal fuente de información sobre salud en la comunidad (porcentaje de encuestados, n=300).

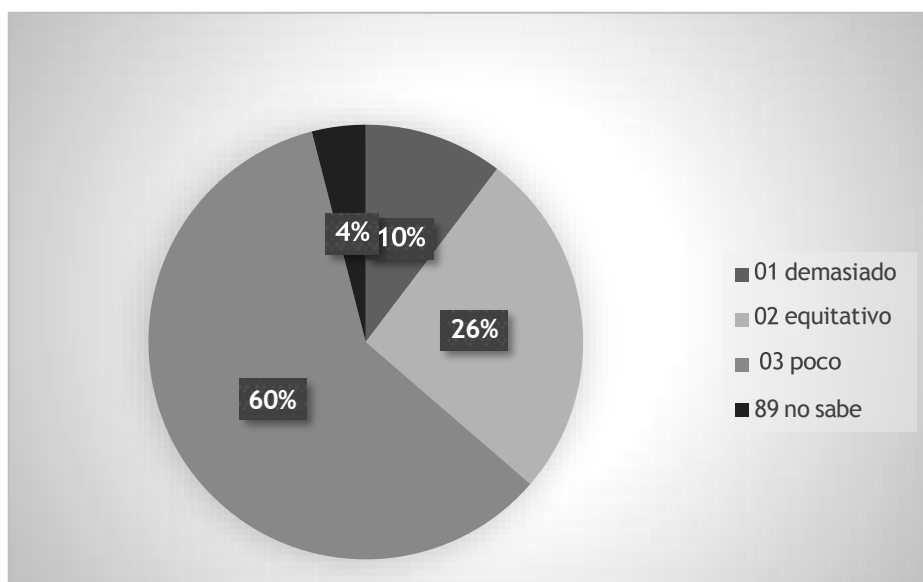


Fuente: elaboración propia con base en la encuesta a las mujeres en SJT, 2023.

Aquí sobresale que la principal fuente de información sobre la salud en san Jerónimo Tulijá en relación con el total (300) proviene de familiares y amigos y apenas casi el 30 por ciento proviene de los médicos o personal de salud.

El valor dominante dice que la familia es la principal fuente de información en salud, lo que indica poca información por los otros sistemas de salud.

Gráfica 20. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Disponibilidad: Evaluación y eficiencia de los servicios de salud: Percepción sobre la distribución de fondos estatales para la salud (porcentaje de encuestados, n=300).



Fuente: elaboración propia con base en la encuesta a las mujeres en SJT, 2023.

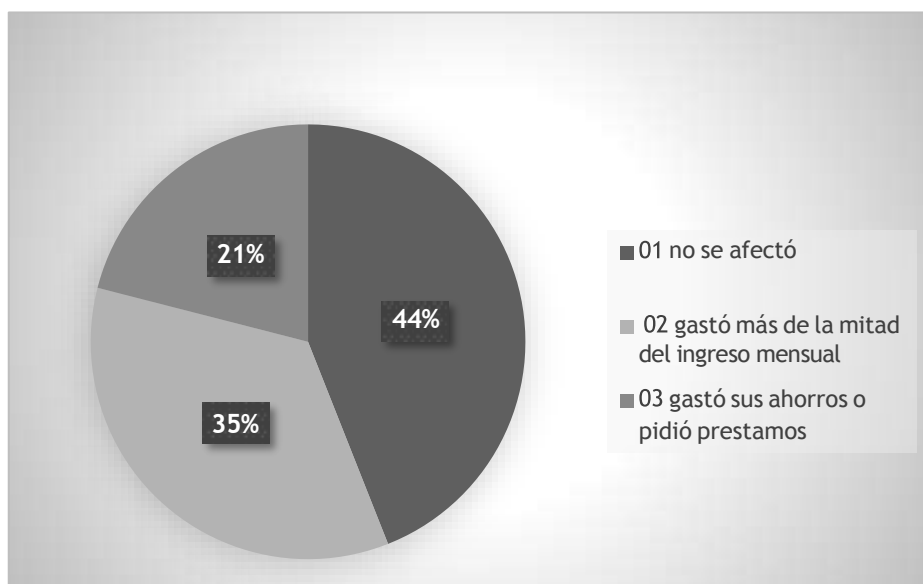
Para la disponibilidad de los servicios de salud, el 60 por ciento de los encuestados revela que los recursos que el estado dedica a salud a partir de los impuestos que recauda son pocos, es decir, los recursos materiales no son suficientes. Por otro lado, el 26 por ciento considera que es equitativo.

La moda, el valor preponderante dice que el dinero para la salud es poco. Moda: La moda es 3, lo que indica que la respuesta más común es "poco", es decir, que la mayoría de las personas encuestadas creen que el dinero que el estado dedica a salud a partir de los impuestos que recauda es insuficiente.

Mediana, al menos la mitad concuerda que es poco ese dinero. Mediana: La mediana es 3, lo que sugiere que la mitad de las personas encuestadas creen que el dinero es insuficiente. La media, en promedio el dinero es poco según las encuestadas. Media: La media es aproximadamente 5.97, lo que indica que, en promedio, la percepción es que el dinero dedicado a la salud es más bien insuficiente. En resumen, la mayoría de las personas encuestadas creen

que el dinero que el estado dedica a salud a partir de los impuestos que recauda es insuficiente, lo que se refleja en la moda, la mediana y la media.

Gráfica 21. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Disponibilidad: evaluación y eficiencia de los servicios de salud. Impacto económico de los problemas de salud durante la pandemia (porcentaje de encuestados, n=300).

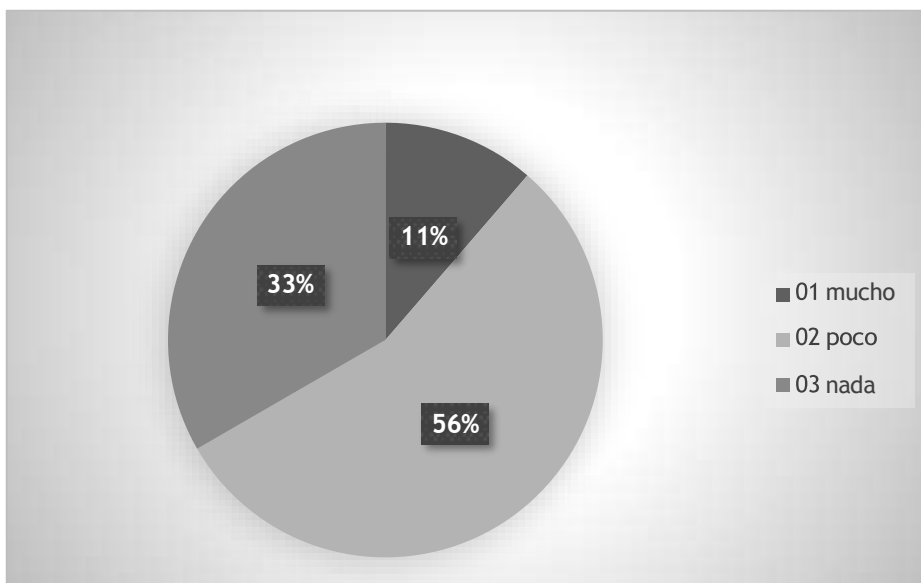


Fuente: elaboración propia con base en la encuesta a las mujeres en SJT, 2023.

Durante la pandemia, el 44 por ciento de las personas encuestadas aceptó que no se afectó su bolsillo o el de la familia por problemas relacionados con su salud, pero otro 35 por ciento gastó más de la mitad del ingreso mensual y el 21 por ciento pidió prestado o perdió sus ahorros.

La moda es 1, indicando que la respuesta más común es "no se afectó el bolsillo". La mediana muestra que al menos la mitad de los encuestados gastó más de la mitad de sus ingresos. La media refleja una afectación financiera moderada.

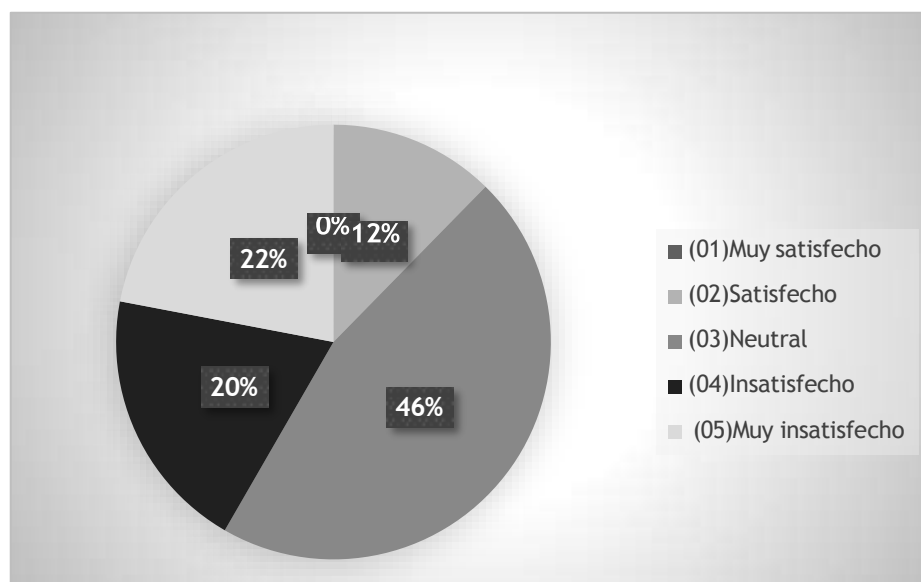
Gráfica 22. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Disponibilidad: evaluación y eficiencia de los servicios de salud. Percepción de los servicios de salud públicos en 15 años (porcentaje de encuestados, n=300).



Fuente: elaboración propia con base en la encuesta a las mujeres en SJT, 2023.

La respuesta más típica es que es poco el aumento en la mejora de la oferta de salud en este territorio. Y este es el valor que queda en el centro del conjunto de datos y también en promedio es la respuesta que representa la información. El 33 por ciento, piensa que es nulo ese incremento de la oferta de salud, demostrando que la disponibilidad de los servicios en la descentralización y con los inicios de la recentralización no son positivos para las mujeres en la pandemia en SJT y mejor aún, que el federalismo fiscal no es un modelo que explique la realidad y la demanda de ciertos grupos de población en los servicios de salud.

Gráfica 23. San Jerónimo Tulijá, Chilón. Disponibilidad: evaluación y eficiencia de los servicios de salud. Nivel de satisfacción con la calidad de la atención médica en la comunidad (porcentaje de encuestados, n=300).



Fuente: elaboración propia con base en la encuesta a las mujeres en SJT, 2023.

El valor sobresaliente indica que las mujeres consideran que en un 46 por ciento la satisfacción es neutral. El valor central sigue siendo 3, ósea que en esta categoría se concentran las respuestas y la media es la visión general del valor típico, 3, y el otro 40 por ciento se divide entre insatisfacción y muy insatisfecho.

4.4 Análisis del Personal Médico en la Clínica IMSS-Bienestar mediante Triangulación de Cuestionarios

En San Jerónimo Tulijá, existen dos centros que brindan servicios sanitarios. Uno de ellos es la Unidad Médica Rural del IMSS-Bienestar creada en 1979, donde dos enfermeras se encargan de ofrecer consultas, llevar a cabo campañas de vacunación y revisar los expedientes de los pacientes, mayormente mujeres. Su labor se enfoca en tratar enfermedades crónico-degenerativas y suministrar medicamentos dependiendo de la situación.

Este segmento sigue siendo parte de la fase cuantitativa, abordada a través de un cuestionario dirigido a los médicos de la clínica rural del Instituto Mexicano del Seguro Social-Bienestar en

San Jerónimo Tulijá. Se emplea la técnica de triangulación, ya que este cuestionario complementa la comprensión de los resultados obtenidos de la encuesta realizada a las mujeres de San Jerónimo Tulijá. En resumen, este apartado enriquece el análisis del objetivo establecido, que es examinar los efectos de la recentralización del gasto público en la calidad y disponibilidad de los servicios de salud brindados por la clínica rural del IMSS a las mujeres de San Jerónimo Tulijá durante la pandemia de COVID-19.

La clínica del IMSS se ubica en el barrio centro de San Jerónimo Tulijá. La información de este apartado se obtuvo el 23 de diciembre de dos mil veinte tres. Nayeli Méndez Gutiérrez, hablante de tseltal, licenciada en enfermería, refiere que el establecimiento corresponde al “03 IMSS–Bienestar” (imagen 1).

Imagen 1. IMSS-Bienestar, (farmacia) unidad médica rural del IMSS, San Jerónimo, Tulijá, Chilón, Chiapas; México.



Fuente: trabajo de campo, 2023

Partiendo de nuestras categorías, primero por el cuestionario:

La calidad de los servicios sanitarios ofertados por el estado a través del IMSS:

El programa IMSS-Bienestar proporciona atención de salud de primer y segundo nivel y reemplaza al INSABI, el cual no logró implementarse correctamente durante la cuarta transformación (IVT) (Heraldo de México Oaxaca, 2023).

Este programa, con más de 40 años de funcionamiento bajo diferentes nombres, ofrece atención médica a personas sin seguridad social en áreas marginadas, como San Jerónimo Tulijá, tanto en zonas rurales como urbanas. Se estima que más de 66 millones de personas estarán inscritas para el tercer trimestre de 2023, y que, para finales de año, 24 estados tendrán el sistema. Este abarcará unidades médicas rurales, brigadas de salud, unidades móviles, hospitales rurales y Centros de Atención Rural Obstétrica (CARO) (Heraldo de México Oaxaca, 2023).

La atención médica y los medicamentos en el IMSS-Bienestar son gratuitos, ofreciendo servicios de primer y segundo nivel. Además, a través de las jornadas médicas quirúrgicas, se proporciona atención de tercer nivel en zonas remotas. Los migrantes también son atendidos mediante la estrategia de atención a la salud de los migrantes, fomentando la inclusión social y protegiendo su salud. La desaparición del INSABI ha resaltado el papel del IMSS-Bienestar en la atención médica. Aunque ha habido problemas como la escasez de medicamentos y la pandemia de Covid-19, que afectaron al INSABI, se ha promovido la integración gradual de sus servicios al IMSS-Bienestar. Sin embargo, este último también ha enfrentado críticas por las altas tasas de mortalidad por Covid-19 (Heraldo de México Oaxaca, 2023).

Tiempo de espera:

“Las horas diarias que opera el establecimiento son más de 4 horas y menos de 8 horas. El IMSS ofrece servicio los fines de semana de lunes a domingo y su manera de trabajar es “cambiando de guardia” (Méndez, 2024, comunicación personal, personal médico IMSS).

Atención médica:

“Los servicios de atención hospitalaria que dispone el IMSS corresponde a medicina familiar”
(Méndez, 2024, *comunicación personal, personal médico IMSS*).

Frecuencia de asistencia

Por ejemplo, *“Como trabajador de la salud las principales carencias que veo en la clínica IMSS, es la escasez de suministros médicos y medicamentos, la (capacitación bimestral en la ciudad de Comitán de Domínguez, Chipas y en áreas por jefe de enfermería o jefe directo de México)”*. Los siguientes factores que influyen más en la frecuencia con la que las personas asisten a consultas médicas *“son sin duda la edad el género, es decir, (asisten más mujeres que hombres)”* (Méndez, 2024, *comunicación personal, personal médico IMSS*).

Disponibilidad

Recursos humanos y materiales

Los médicos en contacto con la/el paciente son (2 médicos pasantes de Tuxtla Gutiérrez).

Las enfermeras (os) en contacto con los pacientes cuenta el IMSS son (2 enfermeras los fines de semana domingo y sábado y de lunes a viernes).

El IMSS cuenta con una cama censable, ningún quirógrafo y un consultorio. El IMSS cuenta con los siguientes materiales o equipo en funcionamiento: un estetoscopio dos otoscopios, tres termómetros, cuatro básculas para adulto, cinco basculas para menores de dos años, seis guantes de látex, siete equipos de sutura o cirugía menor y para soluciones intravenosas y un refrigerador.

El IMSS tiene una farmacia donde se dispensa medicamentos a los pacientes y dispone de una lista de medicamentos básicos y cada trimestre (el cuadro básico). Dispone actualmente de medicamentos para un mes.

Los listados institucionales de insumos para la salud del IMSS incluyen los medicamentos que pueden ser recetados según la aprobación del Consejo de Salubridad General. Estos listados proporcionan información detallada sobre las claves, descripción, indicación, vía de administración, dosis, generalidades, efectos adversos, contraindicaciones, precauciones y riesgos durante el embarazo (IMSS, 2024).

El establecimiento cuenta con los instrumentos o medicamentos necesarios para atender a la población (diabéticos, insulina). *“Sí contamos con servicio de agua y luz en la clínica”* (Méndez, 2024, comunicación personal, personal médico IMSS).

En el trabajo de campo la perspectiva institucional, hegemónica, si se quiere, propone que a grandes rasgos *“La cantidad de recursos económicos que el Estado asigna a la salud a través de los impuestos que recauda es justo. La mejor forma de financiar los servicios de salud mediante impuestos y el pago de alguna cantidad por parte de la gente, debe ser en (50 % vs 50%) sic”* (Méndez, 2024, comunicación personal, personal médico IMSS).

Evaluación de eficiencia de servicios de salud

“Los pases con solicitud son la solución para emergencias ante las enfermedades crónicas” (Méndez, 2024, comunicación personal, personal médico IMSS).

Y *“El motivo de consulta o de atención más frecuente que tiene la población es infecciosas: tos y gripa. En la pandemia el IMSS técnicamente se cerró y la alternativa fueron guardias rotativas por enfermeras. En los últimos 15 años, los servicios de salud públicos no han aumentado o disminuido porque son (ciclos) que sube y baja la calidad”* (Méndez, 2024, comunicación personal, personal médico IMSS).

Y *“Pensando únicamente en mi experiencia, el sistema sanitario público de San Jerónimo Tulijá no cubre todas las necesidades en el plano de salud para las mujeres, los niños y la población general, pero el personal disponible para atender a los enfermos y el instrumental es el necesario de manera general”* (Méndez, 2024, comunicación personal, personal médico IMSS).

4.4 Aportación por satisfactores y destructores de la oferta de salud para las mujeres en la clínica zapatista Murcia

Las rebeliones del Ejército Zapatista de Liberación Nacional con presencia en San Jerónimo Tulijá (SJT) se inauguraron la clínica autónoma Murcia, el 10 de mayo de 2007. La población que acude a estos centros es políticamente afiliada a ellos (pero no necesariamente). Este movimiento se levanta en contra del estado mexicano, en sus términos, por la opresión, que realiza “el mal gobierno” a las comunidades indígenas, en especial de Chiapas y se centra en la atención a la salud y el trabajo.

En México, el cambio hacia políticas de salud neoliberal y multiculturalismo nos da otra visión de como se aprecia los efectos de la salud pública. El levantamiento del ejército zapatista en 1994 destacó la necesidad de acceso y asequibilidad a la medicina occidental en áreas donde ha reemplazado prácticas curativas tradicionales. También para el ejército zapatista, el acceso a servicios de salud sigue siendo desigual debido a la ubicación, disponibilidad de tratamiento especializado y actitudes racistas hacia pacientes indígenas por parte de los proveedores de atención médica. Aunque se ofrecen programas de salud a comunidades zapatistas, el ejército zapatista los rechaza hasta que se garantice una distribución justa para todos los mexicanos (Forbis, 2011).

En San Jerónimo Tulijá se puede establecer la encrucijada entre las fallas que la mala economía tiene sobre la mala salud (Max-Neef, 1998). Es decir, trabajar con estrategias, no solo médicas, de tolerancia, de acompañamiento, de empatía, de respeto y de trabajo en equipo, de la mano de los promotores de salud, EZLN, Salud y Desarrollo Comunitario (SADEC) , parteras, hierberos y hueseros, habitantes de las diferentes comunidades, construir un panorama diferente con las herramientas que se tienen a la mano, no olvidando que promover la conciencia colectiva también es importante, desde nuestra trinchera, para construir un mundo, donde quepan muchos mundos (Santana, 2021).

La equidad de género se ve en el número de mujeres líderes, pero ¿realmente cambian estas dinámicas de género y prácticas? Aunque sigue siendo un tema de debate, hay progresos

significativos, especialmente cuando se consideran factores como la etnicidad y la clase social (Forbis, p. 370).

La clínica Murcia, dentro de la resistencia zapatista en San Jerónimo Tulijá, demuestra una perspectiva inclusiva en la lucha por la liberación del pueblo. Aquí, las mujeres son bienvenidas sin importar su origen o afiliación política, con la condición de que apoyen las demandas del pueblo y sigan las leyes de la revolución. Además, se reconocen las justas demandas de igualdad y justicia de las mujeres trabajadoras en México, como se refleja en la “Ley Revolucionaria de Mujeres” (Scharagrodsky, 2013).

El EZLN establece diez derechos fundamentales para las mujeres en su lucha revolucionaria, abarcando desde la igualdad de participación hasta la protección contra la violencia. Esto incluye derechos al trabajo justo, decisión sobre la maternidad, participación en la comunidad y educación. Además, promueve la "autonomía" en salud, con un enfoque en la participación comunitaria (Scharagrodsky, 2013).

En lugares como San Jerónimo Tulijá, las enfermedades infecciosas como las gastrointestinales y respiratorias siguen siendo comunes. Pero también se enfrentan a desafíos paradójicos, como la coexistencia de desnutrición y obesidad, así como problemas como la diabetes y la hipertensión (Díaz, 2020, p. 2). Para recuperar el equilibrio entre la salud y el entorno, se necesitan integrar ejes territoriales específicos sostenibles.

En México late una dualidad: por un lado, una civilización moderna y superficial; por otro, una arraigada en las tradiciones ancestrales indígenas (imagen 2). Esta visión del "México Profundo" destaca la vitalidad continua de la cultura indígena, que persiste como una parte integral de la identidad mexicana, incluso en la era de la influencia occidental (Batalla, 1987).

Imagen 2. Clínica “Elisa Irina Sáenz Murcia”, San Jerónimo, Tulijá, Chilón, Chiapas, México.



Fuente: trabajo de campo, 2023.

En el México imaginario, se percibe como una región complaciente con sus líderes o como si su historia comenzara en 1994 con la llegada a la escena pública del EZLN. Sin embargo, esto solo refleja una parte de la verdad. El verdadero sustento proviene de la lucha de diversos actores, como la iglesia, las organizaciones populares, los activistas, los acompañantes, los investigadores de la realidad y esa entidad amorfa que ahora llamamos sociedad civil (el conglomerado anónimo) (Díaz, 2020, p. 2).

Y la atención primaria de salud se presenta como crucial para superar los desafíos regionales. La salud va más allá de la medicina, arraigada en factores sociales, económicos y políticos, y enfatiza la participación de la comunidad y la resistencia como herramientas clave para mejorar la atención médica y la equidad en el sistema de salud (Díaz, 2020 p. 2). Esto nos da cuenta de que el debate del federalismo fiscal, si mantener o ceder el poder es lo más conveniente, no es suficiente, solo en términos financieros.

En suma, la evaluación de la descentralización del gasto público en salud en San Jerónimo Tulijá, Chiapas, durante la pandemia de COVID-19 dialoga con el movimiento zapatista y la atención de salud autónoma en la región porque ambos sistemas coexisten sin integrarse. Son

fuentes que proveen servicios de salud importantes a las mujeres y población en general, independientemente de la procedencia y cantidad de recursos económicos.

Recordemos que la hipótesis sugiere que la recentralización del gasto en salud, específicamente a través del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ha tenido un impacto significativo en la distribución de recursos y la capacidad de respuesta a las necesidades de salud locales. En este contexto, las respuestas de los sistemas de salud autónomos y alternos, impulsados por el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), son esenciales y presentes empíricamente, para comprender cómo las comunidades locales han abordado las deficiencias y los retos del sistema de salud descentralizado.

La respuesta de los sistemas autónomos y ancestrales junto a la reforma de recentralización del gasto implica reconocer que, si bien hay nexos fuertes entre los saberes ancestrales de las parteras y hueseras y la clínica zapatista Murcia, no en San Jerónimo ya que la clínica Murcia y la oferta de salud ancestral, más bien son dos aspectos paralelos.

En otros contextos, estos sistemas autónomos se han centrado en la participación comunitaria y la utilización de medicina tradicional, lo que les ha permitido resistir las tendencias del neoliberalismo y construir nuevas formas de comunidad basadas en la experiencia y la cultura indígena. El movimiento zapatista, con un compromiso con la equidad de género y la justicia, ha desempeñado un papel clave en esta transformación, destacando la importancia de considerar cuestiones de etnicidad y clase en la evaluación de la recentralización del gasto público en salud en San Jerónimo Tulijá durante la pandemia de COVID-19.

Tras el ataque del ejército mexicano en 1995, las comunidades afectadas se vieron forzadas a depender de las plantas medicinales por la escasez de alimentos y medicamentos. A pesar de los cursos de medicina occidental ofrecidos, las promotoras de salud insistieron en aprender sobre las plantas medicinales para mantener su autonomía en la atención sanitaria. En una reunión en 1997, se destacó la importancia de conservar este conocimiento para futuras crisis. Además, el sistema de cargos en el gobierno indígena garantizó la selección de promotoras de salud con enfoque en la equidad de género (Forbis, 2011).

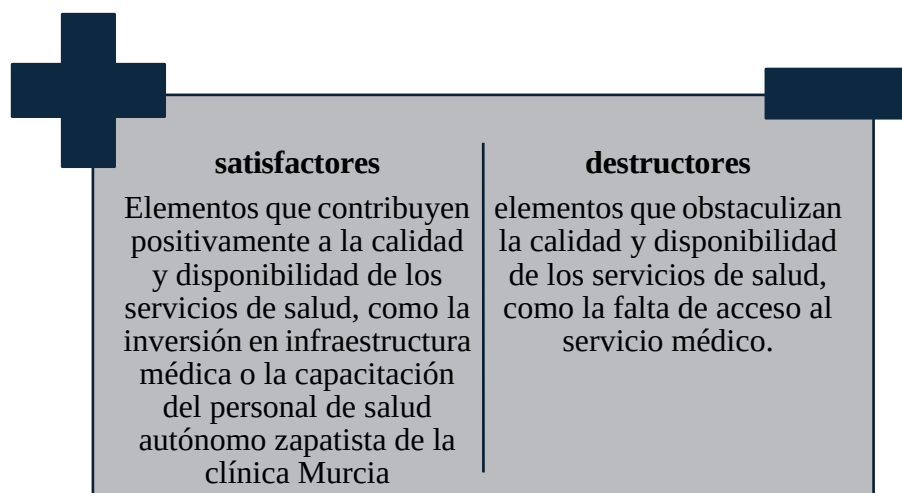
Un abordaje completo que integre la recentralización fiscal, los derechos humanos, las diversas formas de pobreza y el contexto territorial es esencial para comprender y atender las necesidades de salud en Chiapas y en San Jerónimo Tulijá, especialmente para las mujeres indígenas, especialmente en momentos de crisis sanitaria. Es crucial reconocer que las reformas de salud deben adaptarse a las propuestas, necesidades y conocimientos específicos de la población local, promoviendo la autenticidad y la resistencia en lugar de la asimilación.

La importancia de comprender la respuesta de los sistemas de salud autónomos y alternativos (con sus propios recursos económicos-humanos) surge en el contexto de reformas en salud pública y gasto público, con el objetivo de recuperar el conocimiento tradicional de la medicina indígena, afectado por influencias coloniales.

Esta recuperación se considera crucial para destacar el papel de las instituciones públicas y privadas y comunitarias en la oferta en salud a las mujeres indígenas al mismo tiempo que preserva las prácticas culturales indígena y las formas de abordar enfermedades no tratadas adecuadamente por la medicina occidental, como aquellas con causas culturales y espirituales.

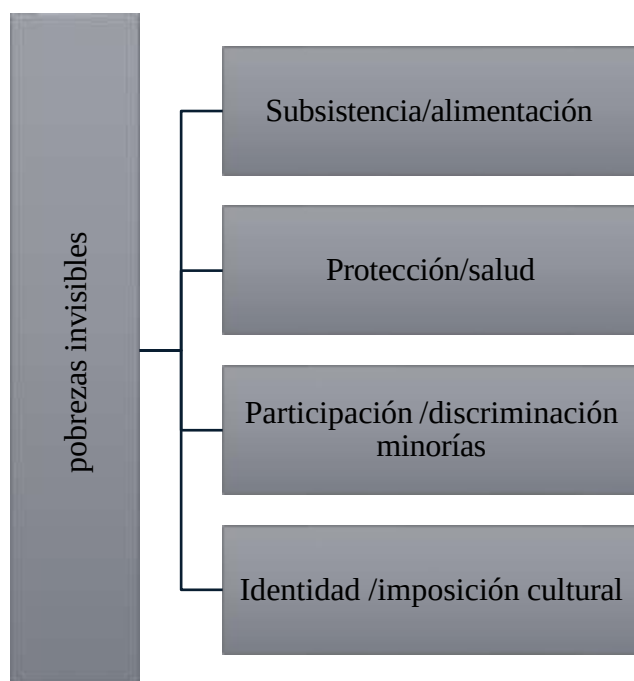
Así mismo, la perspectiva de género revela las dificultades que enfrentan las mujeres indígenas, monolingües o analfabetas, en su participación en proyectos de salud, destacando la necesidad de mejorar sus habilidades para una organización más efectiva y su superación de barreras, como el miedo a hablar en público. Mientras el EZLN continúa exigiendo atención médica universal y de calidad, se señala que el proyecto multicultural neoliberal impone formas jerárquicas de participación, contrastando con la negación/resistencia zapatista, que opta por proyectos autónomos, como la capacitación en medicina herbal, como una forma activa de resistir al proyecto neoliberal y crear nuevas formas de comunidad.

Esquema 4. Satisfactores y destructores de la oferta de salud en la Clínica Murcia.



Fuente: elaboración propia con base a Max-Neef, 1998.

Esquema 5. Pobrezas invisibles que restringen el desarrollo humano en salud de las mujeres.



Fuente: elaboración propia con base a Max-Neef, 1998.

Es muy importante explorar el terreno político del sector salud, e identificar a los actores involucrados: los prestadores y los administradores de servicios, los usuarios, los gobiernos estatales y el federal, los empresarios y los obreros, los partidos políticos y la sociedad civil en su conjunto (esquema 5) (Arredondo, 2001 p. 18).

Pero, las instituciones son las reglas del juego en una sociedad o, más formalmente, son las limitaciones humanas que dan forma a las interacciones humanas (North, D. C., 1990).

Y surge la contraparte: la institución no oficial. Estas instituciones son autónomas, con ideales propios, que se inspiran y se levantan en contra del mal gobierno, señalando que *“En los últimos 15 años, los servicios de salud públicos han aumentado poco. La gente debe pagar por los servicios, es la mejor forma de financiar los servicios de salud”* (Román, 2024, comunicación personal, zapatista).

Desde la visión de Max Neef también podemos las respuestas y estrategias adoptadas por la clínica zapatista Murcia resaltando la interrelación entre la recentralización y el papel desempeñado por las organizaciones de salud comunitaria. La reacción de los sistemas de salud autónomos ante la pandemia ha puesto de manifiesto el problema del acceso a la salud de las mujeres, especialmente en situaciones de pobreza. Es necesario superar la limitación de medir la pobreza únicamente por el ingreso, y reconocer otras formas invisibles —pero que deben hacerse visibles— de pobreza. Estas formas, que afectaron especialmente a las mujeres de San Jerónimo Tulijá durante la pandemia, incluyen:

1. La pobreza de subsistencia se manifiesta cuando no se dispone de suficiente comida y abrigo para sobrevivir. Según Max-Neef (1998), el desarrollo humano debe abordar diversas formas de pobreza: subsistencia, protección, participación e identidad. Las mujeres de San Jerónimo Tulijá se ven afectadas en todas estas dimensiones.

Torres Vaca et al. (2014) señalan que la salud depende de diversos factores, incluyendo los servicios sanitarios, la calidad del aire y del agua, la urbanización, la agricultura, la alimentación, los hábitos y los valores. Estos factores están estrechamente relacionados con el rol tradicional de las mujeres como cuidadoras y la gestión eficiente de los recursos gubernamentales. Por ejemplo, las mujeres, los niños y la población en general enfrentan

dificultades para acceder a alimentos saludables y tienen problemas debido a sistemas de salud débiles donde el papel de las mujeres no es reconocido. Después de la pandemia, muchas mujeres han tendido a migrar a Estados Unidos debido a las carencias socioeconómicas a las que se enfrentan (trabajo de campo, 2023).

En resumen, los factores sociales, culturales y económicos, como la pobreza de ingreso impactan significativamente en la salud de la población. Desde una perspectiva territorial, las carencias en los sistemas de salud, la insuficiencia de una dieta adecuada, las disparidades de género y la prevalencia de la medicina occidental sobre la ancestral son determinantes clave. Una visión sostenible de la salud reconoce la estrecha relación entre la alimentación y el bienestar, abordando la pobreza de subsistencia, la falta de protección del sistema de salud y la exclusión de género. Es pertinente cuestionar cuándo los economistas, y a quiénes de ellos se les otorga credibilidad, reconocerán la falsedad sostenida de su medida de "productividad" (Max-Neef, 1998, p. 11).

Pobreza de protección, que ocurre cuando los servicios de salud no funcionan bien, y cuando se está expuesto a la violencia y conflictos armados.

3. Pobreza de participación, que resulta de la exclusión y discriminación de mujeres, niños y minorías.

4. Pobreza de identidad, que se produce debido a la imposición de valores ajenos a las culturas locales y regionales, así como a la emigración forzada y el exilio político.

El sistema sanitario zapatista en San Jerónimo Tulijá refleja una combinación de fortalezas y desafíos que impactan directamente en la calidad y accesibilidad de la atención médica. Mientras que los promotores de salud zapatistas y los pasantes de la Universidad Metropolitana representan un recurso humano valioso, la limitada disponibilidad de medicamentos, especialmente durante la pandemia, junto con las barreras económicas que dificultan el acceso a los servicios, evidencian las carencias en la infraestructura sanitaria.

Tabla 1. Satisfactores y destructores de la salud autónoma zapatista en San Jerónimo Tulijá.

Satisfactores: recursos humanos	Destructores: recursos materiales
-Promotores zapatistas y pasantes de servicio social de la Universidad Metropolitana	-Limitada disponibilidad de medicamentos en las farmacias sobre todo en pandemia Eficacia del sistema sanitario zapatista
Recursos materiales	-Necesidad de que los promotores de salud proporcionen medicamentos durante las consultas
-cama censable	-Escaso aumento en los servicios de salud pública en los últimos 15 años
-consultorio dental	-La población debe pagar por los servicios médicos, lo que puede dificultar el acceso a la atención sanitaria para algunos
-Equipo de ultrasonido portátil	-Posible falta de cobertura adecuada para las necesidades de salud de la población, especialmente las mujeres
-Dos cuartos de hospitalización	-En la frecuencia de asistencia prevalecen las mujeres por roles de género
-Cuarto de salud sexual y reproductiva (utilizado también para partos)	-Tiempo de espera demasiado largo
-Equipo dental completo, incluyendo rayos X y unidad dental	

-Autoclave para esterilización de materiales e instrumental	
-Material quirúrgico para cirugía menor	
-Estetoscopio	
-Otoscopio	
-Termómetro	
-Báscula para adultos	
-Guantes de látex	
-Tanque de oxígeno con regulador	
-Nebulizador	
-Bolsa de reanimación	
-Equipo de infusión para soluciones intravenosas	
-Refrigerador para almacenamiento de medicamentos y vacunas	

Fuente: elaboración propia en base a Max-Neef. 1998 y Román, 2024, comunicación personal, coordinador zapatista.

A pesar de contar con equipamiento médico esencial, como un equipo de ultrasonido portátil, consultorio dental y material quirúrgico para cirugía menor, la escasez de recursos materiales adecuados y la necesidad de que los promotores proporcionen medicamentos durante las consultas destacan las limitaciones del sistema. Además, la falta de cobertura adecuada, los largos tiempos de espera y la prevalencia de asistencia femenina, debido a roles de género, subrayan la inequidad en el acceso a la atención. Estos desafíos ponen de manifiesto la necesidad urgente de fortalecer tanto la infraestructura como la disponibilidad de recursos, para mejorar la equidad y la eficacia del sistema sanitario en beneficio de toda la comunidad.

Recursos humanos

Rotación de médicos (por vacaciones a la ciudad de México y por capacitaciones por la salud para el desarrollo comunitario -SADEC-). Situación que se agudizó en pandemia afectando a las mujeres.

En el centro de San Jerónimo Tulijá, desde 2003 hasta el 23 de diciembre del dos mil veintitrés, se encuentra la clínica autónoma zapatista Murcia. Su líder, Román Jiménez Gutiérrez, un hablante de tseltal con estudios de primaria incompletos, ejerce como coordinador de salud en la región "Garrucha", siendo parte de las autoridades zapatistas. Accedió a compartir información crucial sobre el sistema de salud autónomo local a través de un cuestionario, utilizando el método de triangulación.

“En 2007, la clínica autónoma zapatista Murcia comenzó sus operaciones en un terreno previamente destinado a un jardín de niños. Este espacio fue cedido para la construcción de la clínica en un acuerdo entre las autoridades zapatistas y municipales. Los recursos iniciales para el establecimiento de Murcia provinieron del País Vasco, lo que evidencia su financiamiento internacional” (Román, 2024, comunicación personal, zapatista).

“En el Piñal, una comunidad cercana a San Jerónimo Tulijá, probablemente se construya una micro clínica” -sin embargo, es un proceso en curso ya que en palabras del coordinador de la clínica zapatista- *“están en conversaciones con las comunidades de San Fernando, Zapata y Francisco Villa, aledañas a San Jerónimo Tulijá”* (Román, 2024, comunicación personal, zapatista).

Satisfactores

Ahora, nos enfocamos en la pobreza de protección. Esta pobreza incluye las fallas de los sistemas sanitarios. La clínica autónoma Murcia, ofrece algunos satisfactores relevantes en la oferta de salud para las mujeres de San Jerónimo Tulijá en la pandemia.

La clínica autónoma zapatista "Murcia Elisa Irina Sáenz Garza" es un refugio de cuidado de la salud con un enfoque comunitario. Operada por promotores de salud de la comunidad zapatista y con la ayuda de pasantes de la Universidad Autónoma Metropolitana, ofrece una variedad de servicios médicos generales y dentales. Este esfuerzo conjunto refleja un compromiso y un diálogo con el desarrollo humano sostenible bajo la dirección del Dr. Carlos Cortés, en el marco del programa de Salud para el Desarrollo Comunitario (SADEC).

La clínica cuenta con una farmacia donde se dispensan medicamentos. El establecimiento dispone de una lista de medicamentos básicos para las mujeres y a la población en general. Los promotores de salud son responsables de la selección de medicamentos para un mes.

Los recursos de la clínica zapatista se obtienen a partir de comercializar los medicamentos a los pacientes a través de una farmacia. *“El establecimiento cuenta con atención hospitalaria disponible como ginecología, urgencia hospitalaria y medicina familiar”* (Román, 2024, comunicación personal, zapatista).

El establecimiento tiene una cama censable, no cuenta con quirógrafos y tiene un consultorio.

Los médicos en contacto con el paciente son un dentista y un médico general -en servicio social de la Universidad Autónoma de México (UAM)-.

También se encuentra un consultorio dental privado, ubicado en la comunidad de San Jerónimo Tulijá, donde se realizan tratamientos básicos como resinas, amalgamas, extracciones y prótesis.

La clínica cuenta con una farmacia, un consultorio médico, un cuarto con equipo de ultrasonido portátil, dos cuartos de hospitalización, un cuarto de salud sexual y reproductiva (también utilizado para partos), así como un consultorio dental equipado con rayos X y unidad dental.

Además, disponen de una autoclave para esterilización de materiales e instrumental, lo que permite realizar tratamientos básicos como resinas, amalgamas, extracciones, endodoncias y profilaxis.

El material o equipo en funcionamiento es un estetoscopio, un otoscopio, un termómetro, una báscula para adulto, guantes de látex, equipo de sutura o cirugía menor, tanque de oxígeno con regulador, nebulizador, bolsa de reanimación, equipo de esterilización, equipo de infusión para soluciones intravenosas y refrigerador.

El motivo de consulta o de atención más frecuente que tiene la población es por diabetes y padecimientos infecciosos: tos, diarrea.

Destruidores de la oferta de salud pública para las mujeres en la pandemia

Las principales carencias que existen la clínica en general, es la falta de personal médico (los pasantes están solo 20 días, los siguientes 10 días se van de vacaciones o a capacitaciones en SADEC) -rotan cada diez días-.

La clínica Murcia, *“ofrece salud a la población, este es una iniciativa autónoma que no se rige por el estado, trabajamos durante 24 horas, también los fines de semana”* (Román, 2024, comunicación personal, zapatista).

El horario de atención para consultas generales es de 8:00 am a 1:00 pm y de 4:00 pm a 8:00 p.m. Para urgencias médicas, el servicio está disponible las 24 horas, y en caso de emergencias, se brinda acompañamiento hasta el Hospital General de Palenque para asegurar la atención.

La atención se ofrece a las mujeres y a todos los habitantes de San Jerónimo Tulijá, sin importar si pertenecen al movimiento zapatista o no, y su influencia ha atraído a personas de otras comunidades cercanas, como Paraíso, San José Patihuitz, San Felipe Tulijá, Chajtetic, San Luis, Santa Cruz Tulijá, entre otras.

El coordinador de salud señala que *“el establecimiento sí cuenta con los instrumentos o medicamentos necesarios para atender a la población”* (Román, 2024, comunicación personal, zapatista).

Ofrecen una amplia gama de servicios de atención médica general y dental. Aunque cuentan con tres farmacias que cuentan con botiquín, carecen de medicamentos, los cuales son proporcionados por los promotores de salud. Además, estos promotores llevan a cabo consultas médicas en los hogares de los pacientes, garantizando así un acceso más amplio a la atención médica en la comunidad.

La clínica autónoma trabaja en cinco programas específicos para mejorar la atención de la población vulnerable: control prenatal, seguimiento del crecimiento y desarrollo, atención a pacientes crónico-degenerativos, detección de víctimas de violencia y detección de cáncer

cervicouterino. En cuanto a la atención odontológica, se enfocan en programas de consulta externa bucodental, fomento de la salud bucal, índice de caries y prótesis dental.

El personal médico de la clínica Murcia en contacto con los pacientes son dos promotores de salud (desde 2005).

Pensando únicamente en su experiencia, el sistema sanitario público de San Jerónimo Tulijá no cubre las necesidades en el plano de salud para la población (mujeres). *“Sí existe personal disponible para atender a todos los enfermos. Y sí se cuenta con el instrumental necesario. Y sí se cuenta con servicio de agua y luz en la clínica”* (Román, 2024, comunicación personal, zapatista).

Y los factores que influyen más en la frecuencia con la que las personas asisten a consultas médicas son edad, el género (las mujeres asisten con más frecuencia) y el estado de salud.

4.5 Contribución por progreso y cosmovisión del acceso a la salud de las mujeres parteras

Entrevista semiestructurada a mujeres hueseras y/o parteras

Este apartado da cuenta de la fase cualitativa del estudio. No es un apartado aislado en cuanto se relaciona la parte del objetivo general que es la reacción, respuesta del territorio ante la reforma oficial del gobierno que recentralizó la salud en México. El objetivo que establece examinar las respuestas y estrategias adoptadas por las parteras en el territorio con sus propios recursos, resaltando la interrelación entre la recentralización y el papel desempeñado por las organizaciones de salud comunitaria en el periodo de la pandemia.

Esquema 6. Libertades para lograr el desarrollo en salud de las mujeres.



Fuente: elaboración propia con base en Sen, 2000.

Imagen 3. Comunicación personal, partera/huesera.



Fuente: trabajo de campo, 2023.

Razón evaluativa: seguimiento de la elevación/progreso de las libertades (salud):

La oferta de salud es para todos, pero la salud pública no mantiene un diálogo estrecho con las prácticas de salud ancestrales del territorio. Las prácticas tradicionales, como el uso de plantas medicinales por parte de parteras, hueseras y yerberas llenan el vacío cuando los recursos para la atención médica son escasos.

En comunidades alejadas de hospitales y centros de salud, la partera suele ser la única opción, especialmente durante un parto o al enfrentar secuelas del COVID-19. Aunque en algunas ciudades se están construyendo casas de parto, estas cuentan con recursos mínimos. Aunque ha aumentado la atención de partos en hospitales, esto no garantiza necesariamente una experiencia positiva de parto (Botteri & Bochar Pizarro, 2019).

En San Jerónimo, el avance o la evaluación de la oferta de salud insinúa diálogos existentes pero invisibles. *“En la Murcia, es un poco mejor la atención hasta han hecho campañas de ayuda que nos expliquen que es el COVID-19. Pero pues no es igual, la calidad de atención está bien y los doctores son comprometidos, pero no tienen todo lo que se necesita... por eso como siempre no hay nadie en la clínica, ni modo que la mujer va espere a que su hijo muera, tiene que ver como aliviarse y por eso es que viene con nosotros”* sic (Moreno, F 2024, comunicación personal, partera).

Lo que yo veo es que es mejor que los doctores de la Murcia y del IMSS sean más amables, que sean más rápidos y más accesibles, a veces las doctoras son muy “toibas” (poco amables, en castellano). A veces me gusta que en el COBACH o en la telesecundaria, dicen cosas sobre cómo te vas a cuidar para que las mujeres jóvenes no tengan todavía hijos o para estar limpios, pero solo eso, no hay medicamentos para todos” (imagen 3) (De meza, 2023, comunicación personal, partera).

En este caso durante la pandemia la situación de la reforma que recentralizó el gasto público, tuvo efectos negativos en la calidad en cuanto a tiempo de espera, atención médica y frecuencia de asistencia, esta última se intensificó, pero sin respuesta favorable para las mujeres sobre todo que como vimos en la encuesta son las que más demandan la oferta de salud pública pues acuden

con mayor frecuencia que los hombres. Ante este desafío continua, no surge y se intensifica la presencia del territorio.

“Lo que falta aquí para nosotros, las mujeres es dinero para ir a las consultas médicas y que no hay medicamentos en las clínicas, las dos la de los zapatistas y la del gobierno. Además, los doctores están lejos de aquí y nos vemos en la necesidad de gastar el dinero que no tenemos para salir a la ciudad a pagar por los medicamentos porque no hay carros baratos para ir a Palenque para ir al hospital, y siempre nos hemos curado con hierbas y masajes cuando no podemos ir al doctor” (Espinosa, I 2023, comunicación personal, huesera).

En este caso vemos que la reacción de las parteras en el territorio con sus propios recursos, destacando la relación entre la recentralización y el papel de las organizaciones de salud comunitaria se hace presente. Además, alcanzar la libertad por medio de la razón evaluativa o progreso de la salud para alcanzar el desarrollo humano de las mujeres en tiempos de pandemia se ve cada vez más imposible. Es importante apuntar que en este análisis integral este matiz es relevante ya que con la calidad y disponibilidad de la oferta de salud pública con la encuesta este punto no puede ser tan profundo.

“A veces tenemos que esperar semanas para ver a un doctor y casi nunca hay medicamentos. Me preocupa que no tienen palabra no hay compromiso, para eso les pagan. Cuando los niños les pegaba una gripa, venían conmigo sus mamás y yo les daba una buena tallada con las hojas del rancho, ya sabemos cuáles son y los poníamos a hervir y con eso se les pasaba la fiebre, algunos creo que tenían covid-19, pero no hay que tenerle miedo” (Espinosa, I 2023, comunicación personal, huesera).

La respuesta de estos actores en un lapso específico como la crisis sanitaria en un territorio determinado da cuenta de la participación de actores invisibles que palearon con éxito desde su perspectiva los efectos de una recentralización desafiante (que se debate entre si el poder esta centralizado o descentralizado).

“Pues para mí, está bien que se hable de la salud de las mujeres, pero si no hay dinero, si no hay clínica con medicamentos y doctores amables y que todos podamos ir gratis no es

importante, no sirve, en la pandemia se fueron” (De meza, 2023, comunicación personal, partera).

“En la Murcia, es un poco mejor la atención hasta han hecho campañas de ayuda que nos expliquen que es el COVID-19. Pero pues no es igual, la calidad de atención es buena y los doctores son comprometidos, pero no tienen todo lo que se necesita” sic (De meza, 2023, comunicación personal, partera).

La reflexión sobre los testimonios de las parteras y el objetivo de la tesis revela la importancia crítica de abordar las complejidades del sistema de salud en San Jerónimo Tulijá desde una perspectiva integral. No es suficiente discutir si la descentralización o recentralización es superior. Ambas fallan en abordar las complejidades de las otredades en un espacio simbólico, cultural, económico y político único.

La recentralización del gasto en salud, destinada a mejorar la gestión de recursos en tiempos de crisis como la pandemia de COVID-19, no ha logrado cubrir las necesidades básicas de la población local. Este fallo se hace evidente en la falta de clínicas adecuadamente equipadas, medicamentos, personal médico comprometido y acceso gratuito a los servicios de salud, como lo destacan las parteras en sus testimonios. Las carencias mencionadas socavan cualquier discurso sobre la mejora de la salud de las mujeres, evidenciando una desconexión entre las políticas centralizadas y la realidad en el terreno.

Por otro lado, la Clínica Autónoma Zapatista Murcia, a pesar de sus limitaciones de recursos, proporciona una atención de calidad y un compromiso real por parte del personal médico, incluyendo campañas educativas sobre el COVID-19. Esta clínica, junto con las prácticas tradicionales de las parteras, llena un vacío crítico en el sistema de salud. La dependencia de donaciones y apoyo externo para mantener la clínica operativa, sin embargo, señala una vulnerabilidad significativa y la necesidad de un respaldo más sólido y sostenido.

“Yo, verdad, pienso que el dinero de los zapatistas viene de donaciones de personas generosas y organizaciones de apoyo. El agente no se mete, no es doctor, creo yo, el gobierno da algo de dinero, pero no siempre es lo que necesitamos para cubrir todas nuestras necesidades, menos de nosotras las mujeres” sic (De meza, 2023, comunicación personal, partera).

“Al igual como vamos a avanzar en nuestra salud si cuando estamos malos, resulta que ni carro para ir hay para ir a que las mujeres se alivien y menos dinero, pero como es emergencia se ve la manera” sic (De meza, 2023, comunicación personal, partera).

El objetivo de la tesis subraya la necesidad de examinar cómo las estrategias adoptadas por la clínica zapatista y las parteras con sus propios recursos interactúan con la recentralización del gasto público. Los testimonios indican que estas estrategias comunitarias son vitales ante un escenario desolador en la pandemia cuando los médicos se ausentaron, pero su avance es aún insuficiente para atender la demanda y la comprensión e integración de las realidades locales.

Por lo tanto, la reflexión final es que cualquier intento de recentralización del gasto en salud debe ser complementado con un enfoque que no solo considere la eficiencia en la gestión de recursos, sino que también reconozca y apoye las iniciativas locales.

Las políticas tienen que estar diseñadas para mejorar la infraestructura, asegurar el suministro de medicamentos, garantizar el acceso a servicios médicos gratuitos y fomentar el diálogo entre la medicina convencional y las prácticas tradicionales de manera profunda. Solo entonces se podrán abordar de manera integral/efectiva las disparidades en la atención médica y mejorar la salud de las mujeres en San Jerónimo Tulijá.

Razón de efectividad: El desarrollo depende de lo que las mujeres consideran desarrollo (salud):

Se trata de una relación inversa, significa que las mujeres de San Jerónimo tienen una preferencia por las prácticas tradicionales antes que la medicina alópata. Con la recentralización del gasto público en la salud (la presencia del INSABI luego la del IMSS-Bienestar) se agudizó la demanda y la presencia de la cosmovisión arraigada en la experiencia y el estilo de vida de las mujeres originarias a sus prácticas de salud ancestral. Adicionalmente que estas prácticas puedan influir en el acceso y la percepción del progreso en la atención médica, así como en los efectos diferenciados de la recentralización.

Las entrevistas semiestructuradas demuestran -que por más ajeno que parezca- la importancia de las parteras como figuras sabias y respetadas por las mujeres usuarias de la comunidad de

SJT y su respuesta ante la pandemia y ante los efectos que pudieran padecer de la recentralización por la presencia o ausencia de la oferta de salud pública y/o autónoma:

- Enfoque en la terapia emocional proporcionada por las parteras para abordar el estado de ánimo melancólico.

- Atribución de la sabiduría de las parteras a dones tradicionales como la capacidad de curar, tener visiones y sensaciones internas, así como rezar y aconsejar.

- Transmisión de conocimientos y prácticas a través de la enseñanza oral y la interpretación de sueños, en lugar de métodos escritos o científicos.

- Enfoque holística de las parteras para sanar tanto el corazón como el cuerpo y el alma de las mujeres.

- Preferencia por la medicina alopática moderna para el tratamiento del dolor físico, mientras que las prácticas ancestrales se prefieren para el dolor emocional.

- Reflejo de una visión cultural subjetiva sobre el acceso a la salud, donde se valora tanto la sabiduría tradicional como la medicina moderna, dependiendo del tipo de dolencia y su naturaleza percibida.

Según Sen, el desarrollo depende del criterio de las personas/mujeres ante lo que consideran oferta de salud, (razón de efectividad). *“Me enseñó Manuel Espinosa, es un viejito ya murió es otra gente, ya otra gente yo crecí sin papá y sin mamá. Desde niña como la Adriana me enseñaron (nieta de la entrevistada). La gente los que vienen no les cobro, solo lo dice que lo quieren dar. Pero la gente a veces da jabón, arroz, aceite galleta o pan y refresco. Ya al último me dan 100 pesos. Las personas ya saben quién es la partera, solo lo van a llamar en su casa, para que lo vinieran a ver”* (sic) (De Meza, M 2024, comunicación personal, huesera).

En términos de salud, la cosmovisión de los pueblos originarios se rige por preservar prácticas y costumbres ancestrales para tratar los padecimientos. Ellos reclaman que debieran los médicos alópatas fijarse de ello e incluir estos conocimientos de cierta manera a su atención y a su comprensión a la hora de atender o dar un diagnóstico médico.

Junto a la influencia de factores económicos, sociales, políticos y culturales en la efectividad de la recentralización del gasto público en salud.

La información presentada establece una conexión importante con los conceptos de salud pública, salud autónoma y salud no convencional en el territorio. Reconoce que los conocimientos y prácticas bio-culturales, así como las creencias y la identidad comunitaria, son fundamentales para la salud. Por tanto, al desarrollar estrategias de salud pública, es crucial considerar estos aspectos, siendo respetuosos de la diversidad cultural y regional. Esto implica reconocer y apoyar diversos estilos de desarrollo dentro del país.

La teoría del federalismo fiscal nos da criterios claros sobre cómo mejorar la eficiencia en la provisión de servicios públicos basándose en el nivel adecuado: descentralización o recentralización, en diferentes niveles de gobierno (Saragos, 2012, p. 11). Contrario a esta idea, Sen plantea que, la eficiencia por sí sola no es suficiente, ya que no considera las diferencias territoriales ni las variaciones en términos de marginación, salud o pobreza que existen en las relaciones entre las personas y su entorno natural (2000). Pero, en países en desarrollo, la falta de capacidad institucional puede obstaculizar la exitosa implementación de la descentralización (Pranab Bardhan, 2000, pp. 185-205).

Alcanzar el desarrollo a través el derecho humano a la salud implica según Sen

Primero la Razón evaluativa: que se refiere al seguimiento de la elevación o progreso (salud) de las libertades hacia el desarrollo humano.

Desde la visión institucional, Y comparando el servicio de salud del Seguro Popular con el del INSABI ¿usted considera que es? ¿por qué?, en sus palabras, *“Más o menos igual que hace 15 años, es decir (igual, para embarazadas la mejora es mínima)”* (Méndez, 2024, comunicación personal, personal médico IMSS).

Desde la visión ancestral, -*“Pues para mí, está bien que se hable de la salud de las mujeres, pero si no hay dinero, si no hay clínica con medicamentos y doctores amables y que todos podamos ir gratis no es importante, no sirve, en la pandemia se fueron”* sic (De Meza, M 2024, comunicación personal, huesera).

Segundo, la Razón de efectividad: el desarrollo depende de lo que la gente (mujeres) considera desarrollo (salud). Se puede admitir que el desarrollo considerado y aceptado por el individuo tiene que mejorar para cumplir ambas condiciones, es decir se va a evaluar la evolución ascendente de un desarrollo específico, el deseable y positivo para el territorio, en otros términos, equivale a estudiar el sistema de salud no por cómo funciona si no por cómo lo hace en pandemia (Sen, 2000 p. 14).

Sen- Además la integración de la salud ancestral con la autónoma zapatista es la importancia de abordar la salud de las mujeres indígenas en un sentido amplio, que abarca la salud física, espiritual y emocional. Se reconoce que la baja autoestima y diversas formas de agresión impactan en la salud integral de las mujeres indígenas, destacando la necesidad de abordar estas cuestiones para que las mujeres indígenas puedan valorarse, quererse y respetarse (recordemos que el estrés fue una de las enfermedades prevalecientes en San Jerónimo Tulijá durante la pandemia) (Forbis, 2011).

Escobar Latapí, Mendoza Fernández, y Freyermuth Enciso (s.f.) discuten que el derecho a la salud de las mujeres indígenas en México está limitado por una serie de factores que incluyen la falta de acceso a servicios de salud adecuados y barreras culturales que perpetúan la desigualdad (p. 15).

La recentralización del gasto público en salud podría tener un impacto directo en el acceso a la atención médica y, por lo tanto, en la salud de las mujeres en el territorio en la pandemia y posterior a ella.

La economía institucional pone un fuerte énfasis en entender cómo las instituciones afectan el comportamiento económico. Estas instituciones proporcionan el marco dentro del cual se llevan a cabo las transacciones y las interacciones económicas en contraste de las instituciones formales son reglas y leyes escritas, como constituciones y regulaciones gubernamentales. Las instituciones informales son normas sociales, tradiciones y comportamientos aceptados que también influyen en la actividad económica.

La cosmovisión cultural y las prácticas comunitarias pueden influir en la aceptación de medidas preventivas y en la búsqueda de atención médica oficial/hegemónica. Adicionalmente la

evaluación debe considerar si la recentralización respeta y se adapta a las necesidades y valores locales, o si pudiese estar imponiendo restricciones que limiten las libertades sustantivas de la comunidad en términos de salud de las mujeres en San Jerónimo Tulijá en tiempos de pandemia.

En otras palabras, el sector público debería lograr un cambio equilibrado que promueva "el diseño y la evolución de las instituciones derivadas de las interacciones estratégicas entre actores racionales que buscan maximizar sus propios intereses dentro de las limitaciones impuestas por las instituciones" (North, D. C., 1990).

El desarrollo según Max Neef se establece por la conexión entre la crisis económica y sus efectos negativos en la salud (1998). Considerando la pandemia como punto de partida, aunque la lucha por la eliminación de la pobreza de protección para alcanzar el desarrollo humano es desigual para las mujeres indígenas, la experiencia de las autonomías y la participación de nuevas generaciones, con sus ideas emergentes, así como la larga trayectoria en las resistencias, nos brindan la convicción de que podemos superar esta situación, de manera similar a lo que ocurrió en 1994. Aprendemos y nos liberamos mientras avanzamos (González, 2020).

El desarrollo, implica abrir la perspectiva económica hacia el desarrollo humano, por eso la razón de efectividad de Sen, es pertinente aquí al estudiar el sistema de salud no por cómo funciona si no por cómo lo hace porque así podemos establecer la relación de la salud pública, autónoma y ancestral con la metodología mixta y la técnica de triangulación. Lo que se pretende de manera análoga al papel de la clínica Murcia en la salud de las mujeres en el territorio en la pandemia, analizar el aporte de las parteras en la pandemia para la salud de las mujeres como una forma que establece el territorio en paralelo a los sistemas de salud mencionados.

Esta fase comprende la parte holística del análisis, es entender la oferta de salud que propone la cuarta transformación, teniendo en cuenta la aportación prácticas vigentes, viables, sostenibles y no reconocidas de los pueblos originarios en la salud.

No es aventurado pensar que "Dejar de hacer escuela" de Ivan Illich y su propuesta de una "sociedad desescolarizada" (2011). Illich que critica el sistema educativo formal y propone alternativas más libres y flexibles, argumentando que las instituciones educativas tradicionales

limitan la creatividad y autonomía de los estudiantes. Él aboga por un aprendizaje autodirigido y personalizado fuera del sistema escolar convencional.

En los movimientos de educación alternativa y desescolarización, el conocimiento se transmite a través de diálogos entre la academia y los actores, lo que asegura una incidencia sostenible en términos de tiempo y funcionalidad para todos los involucrados, como lo es la educación en salud, el entorno, el ambiente y las propuestas de los actores desde una propuesta desescolarizada.

Estos diálogos directos en el territorio hacen mucho sentido, si, por ejemplo, si partimos de la salud, una salud en equilibrio depende de servicios sanitarios, calidad del aire y agua, urbanización, agricultura, alimentación, hábitos, valores (incluyendo género) y gestión gubernamental. Estos diálogos contribuyen a equilibrar la relación entre la naturaleza, el entorno y el cuerpo humano (físico y espiritual).

En este contexto, la sabiduría ancestral de Sabina cobra vida, recordándonos que la verdadera curación viene de la conexión con la naturaleza y el amor propio. Las palabras de la poeta mujer medicina resuenan con la labor de la Clínica Autónoma Zapatista Murcia y las parteras locales, quienes, ante la limitación de recursos, han recurrido a métodos naturales y al cuidado comunitario para enfrentar la pandemia. Así, la medicina tradicional se entrelaza con la atención médica moderna -y su debate entre centralizar o descentralizar los recursos en la salud-, destacando la importancia de un enfoque integral y equilibrado para garantizar la salud y el bienestar de todas las mujeres en San Jerónimo Tulijá (Mendoza, 2021).

Como ya se mencionó, esta es la parte cualitativa, donde los métodos cualitativos como la entrevista semiestructurada proporcionan la flexibilidad necesaria para explorar en profundidad las experiencias de las mujeres que se insertan en los sistemas alternativos de salud y comprender sus puntos de vista, emociones y percepciones sobre la salud en el territorio.

Al destacar las experiencias y voces previamente subestimadas, obtenemos una panorámica más completa y auténtica de los impactos de la recentralización del gasto en salud. Estas narrativas, que podrían haber quedado relegadas en los datos cuantitativos, brindan una perspectiva más profunda sobre las necesidades y desafíos enfrentados por las mujeres en San Jerónimo Tulijá

durante la pandemia. Al integrar estas experiencias, podemos comprender mejor cómo las decisiones de políticas afectan tanto a la salud pública como a las prácticas de salud autónomas y ancestrales en la comunidad. Esta visión más amplia y empática nos permite abordar de manera más efectiva las complejidades de la atención médica en el contexto de la reciente centralización del gasto en salud.

Se han realizado cinco entrevistas semiestructuradas a mujeres parteras y hueseras de San Jerónimo Tulijá, para obtener experiencias y percepciones sobre la salud durante la pandemia de COVID-19, así como su acceso a la atención médica. Se abordaron la atención médica del IMSS, la respuesta de sistemas de salud autónomos como el EZLN, las fuentes de financiamiento, el contexto histórico de las reformas en el sistema de salud, el impacto de la investigación en los sistemas de salud, estrategias para mejorar la atención médica en zonas rurales.

Los resultados de las entrevistas reflejan una serie de desafíos significativos en el avance, el aporte y lo que realmente las mujeres parteras y hueseras consideran y esperan de los servicios de los servicios de salud de San Jerónimo Tulijá durante la pandemia para las mujeres.

Según la fase cuantitativa, la descentralización del IMSS pareció tener un impacto negativo en la calidad y disponibilidad de los servicios de salud para las mujeres y población en general, lo que llevó a una mayor dependencia de la clínica Murcia y de las prácticas ancestrales.

La falta de financiamiento adecuado por el estado y la falta de comunicación entre las comunidades y las autoridades gubernamentales también surgieron como problemas importantes.

La evaluación de la recentralización del gasto público en salud no se limita únicamente al ámbito institucional del IMSS, sino que abarca múltiples dimensiones que impactan directamente la calidad de vida de las mujeres en San Jerónimo Tulijá. Desde la atención médica brindada por la clínica zapatista Murcia y las parteras hasta las condiciones socioeconómicas y culturales en las que se encuentran, este problema involucra una red interconectada de factores que deben ser considerados de manera integral para comprender plenamente su alcance y sus implicaciones.

A continuación, se destacan algunas reflexiones clave sobre la relación entre la teoría y los resultados presentados:

La teoría del federalismo fiscal ofrece una perspectiva clave para entender cómo tanto la descentralización como la recentralización del gasto público en salud inciden directamente en el acceso de las mujeres indígenas a los servicios de salud del IMSS en San Jerónimo Tulijá. Es esencial encontrar un equilibrio entre la autonomía local y la dependencia de recursos federales, ya que cualquier desequilibrio puede afectar la calidad y disponibilidad de estos servicios, especialmente para las minorías, como las mujeres, especialmente en tiempos de crisis sanitaria y humana.

En efecto, el impacto en la calidad y disponibilidad de servicios de salud, por tanto, según la hipótesis que la recentralización del gasto en salud, a través del IMSS, afectó significativamente la distribución de recursos y la capacidad de respuesta a las necesidades de salud para las mujeres en pandemia.

Este trabajo da cuenta de la voz de la oferta de salud a través de la percepción de las mujeres usuarias de los servicios de salud, de las instituciones oficiales (IMSS) y autónomas (Murcia) y de las mujeres parteras y considera sus perspectivas y necesidades desde el territorio.

La información recopilada a través de entrevistas semiestructuradas con mujeres parteras y hueseras ofrece una mirada profunda a la cosmovisión de la salud de estas mujeres y cómo evalúan la salud pública y autónoma del territorio para las mujeres durante la pandemia. Los testimonios recabados resaltan la realidad vivida por la población y su experiencia con la atención médica, evidenciando la importancia de respaldar la teoría con datos y testimonios concretos de las personas afectadas.

CONCLUSIONES

En nuestra hipótesis inicial, planteamos que durante la pandemia de COVID-19 en San Jerónimo Tulijá, Chilón, Chiapas, la recentralización del gasto público en salud a través del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) tuvo un impacto significativo en la distribución de recursos financieros y en la capacidad de respuesta a las necesidades de salud de las mujeres.

Nuestra hipótesis anterior surge por la evidencia que, a pesar de la descentralización inicial llevada a cabo en décadas anteriores en México resumible en la continua dependencia de las fuentes de financiamiento federales, como el IMSS, limitó la capacidad de los gobiernos estatales y municipales para desarrollar nuevas alternativas de financiamiento y asignar recursos de manera efectiva en el ámbito de la salud.

Es decir, planteamos al inicio de la investigación que en general la recentralización en tiempos de pandemia, llegaría a ser positiva en el acceso a la salud de las mujeres pero con los resultados de la investigación de campo con la metodología mixta de la investigación de campo nos lleva a aceptar que la recentralización sí afectó en el acceso a la salud de las mujeres de manera negativa y no positiva como al principio se afirmó, obviamente en parte porque dada una centralización las iniciativas estatales son ignoradas y las iniciativas locales también.

Más allá de eso, la recentralización sería buena porque la corrupción, desde el discurso del federalismo fiscal, disminuiría, coordinaría y unificaría recursos y políticas a nivel federal (con la descentralización pese a la proximidad de saber las preferencias de los usuarios del sistema de salud y la cercanía de los gobiernos locales la corrupción es una de las fallas más enormes de la descentralización). Al final, al margen del discurso del territorio, ninguna reforma basta, en la pandemia fueron las instituciones locales que palearon con cierto éxito los desafíos de la crisis sanitaria que, aunque no tan grande está presente desde varias décadas atrás afectando a las mujeres y a toda la población en San Jerónimo Tulijá

Un cierre empírico es que la evaluación de la recentralización del gasto público en salud durante la pandemia de COVID-19 en San Jerónimo Tulijá revela una serie de desafíos y respuestas significativas a nivel local y no precisamente un impacto significativo. En términos empíricos, los datos sugieren que la recentralización del gasto afectó de manera desigual la calidad y disponibilidad de los servicios de salud ofrecidos por la clínica rural del IMSS para las mujeres en la comunidad. Las limitaciones presupuestarias y la escasez de medicamentos contribuyeron a una carencia crítica en la atención médica, exacerbando las barreras para acceder a servicios esenciales.

La reducción de los presupuestos públicos federales y sus impactos negativos en la salud han sido compensados por sistemas de salud locales y tradicionales., es decir a nivel local, la respuesta de la clínica zapatista Murcia y las parteras en el territorio refleja una adaptación frente a la crisis. La clínica zapatista, con sus recursos limitados, y las parteras han jugado un papel crucial en la provisión de atención, subrayando la importancia de los saberes locales y las prácticas de salud autónoma y ancestral. Estas respuestas resaltan la interrelación entre la recentralización del gasto y la resiliencia de las organizaciones comunitarias, mostrando cómo las prácticas no convencionales pueden complementar las deficiencias del sistema oficial.

Y un cierre teórico desde una perspectiva teórica, el análisis empírico se vincula estrechamente con conceptos clave en la antropología médica y la teoría del desarrollo. La teoría de la "colonialidad del poder" de Aníbal Quijano (1992) ayuda a contextualizar la influencia de las estructuras de poder globales y nacionales en las políticas de salud y su impacto en las comunidades locales. La recentralización del gasto puede verse como una manifestación de estas dinámicas, donde las decisiones centralizadas en contextos de crisis tienen consecuencias diferenciadas en función de la estructura socioeconómica y cultural local. Por ejemplo, El control presupuestario y la gestión de los servicios de salud en situaciones de crisis sanitarias generan impactos diversos según los contextos socioeconómicos y culturales.

Menéndez (2022) y el análisis de la recentralización del gasto en salud subrayan la importancia de integrar enfoques socioculturales en la comprensión de la salud y la enfermedad. Menéndez destaca la relevancia de los saberes locales y la colaboración interdisciplinaria, alineándose con la visión de una salud que no solo se basa en criterios biomédicos, sino que también reconoce y valora las prácticas de salud tradicionales y locales. Este enfoque resuena con la teoría de la salud desde una perspectiva sociocultural y decolonial, que defiende la integración de los saberes ancestrales y el contexto local en las políticas y prácticas de salud.

La teoría de la "capacidad de desarrollo" de Amartya Sen también proporciona una base para entender cómo las limitaciones en el acceso a la salud impactan la libertad y el bienestar de las mujeres en San Jerónimo Tulijá. La privación de libertades en el acceso a la salud se relaciona directamente con la falta de autonomía y la perpetuación de desigualdades, destacando la necesidad de políticas que respeten e integren los conocimientos locales y promuevan una mayor equidad en la atención.

Los nexos de la investigación de campo y teórica con los resultados empíricos de la investigación muestran que la recentralización del gasto en salud ha exacerbado las desigualdades y las barreras para el acceso a servicios médicos, lo que coincide con la teoría de la colonialidad del poder al resaltar cómo las políticas centralizadas pueden reforzar las desigualdades existentes. La respuesta de las organizaciones comunitarias, como la clínica zapatista y las parteras, ilustra la importancia de valorar los saberes locales y la colaboración interdisciplinaria, en línea con las propuestas de Menéndez y la teoría sociocultural de la salud.

La integración de estas respuestas locales y el reconocimiento de los conocimientos ancestrales subrayan la necesidad de un enfoque decolonial que desafíe las estructuras hegemónicas y promueva una salud más equitativa y contextualizada. Además, el análisis de Sen sobre la capacidad de desarrollo destaca cómo las privaciones en el acceso a la salud afectan la libertad y el bienestar de las comunidades, reforzando la necesidad de reformas que consideren las realidades locales y promuevan la autonomía en la salud.

En conclusión, el cierre teórico y empírico de la investigación subraya la importancia de un enfoque integrado y contextualizado en la evaluación de las reformas de salud. La reciente recentralización del gasto en salud y sus efectos en San Jerónimo Tulijá reflejan la necesidad de reconsiderar las políticas desde una perspectiva que valore los saberes locales, fomente la colaboración interdisciplinaria y promueva una salud más justa y accesible para todas las comunidades.

La reforma que recentralizó el gasto público y de acuerdo con el levantamiento del cuestionario a la población y al personal médico del IMSS, redujo la capacidad de respuesta del IMSS. Esto llevó a una mayor intervención de la clínica Murcia y de las parteras para satisfacer las necesidades de salud de las mujeres en la región, esto último lo reafirman las conversaciones por entrevistas semiestructuradas a las mujeres parteras de la comunidad.

La recentralización de los servicios de salud y la pérdida de gestión por parte de los gobiernos locales en tiempos de crisis sanitaria, como en la pandemia, han sido sustituidas en varias regiones por sistemas tradicionales de salud. Esto se evidencia tanto estadísticamente como en los testimonios obtenidos. La calidad de los servicios de salud, medida en términos como tiempo de espera y atención médica (particularmente en medicina familiar y en situaciones de emergencia), y la disponibilidad de recursos, como medicamentos y vacunas, se ha visto afectada. A pesar de contar con vacunas, no hubo acceso suficiente a medicamentos recetados, lo que generó una percepción negativa sobre la eficiencia del sistema y los fondos gubernamentales destinados a la salud, así como un impacto económico directo en las familias.

Es importante destacar que la recentralización tuvo efectos diferenciados en los territorios de los pueblos originarios. Mientras que en algunos centros urbanos la política parece haber dado resultados positivos debido a la coyuntura sanitaria, en áreas rurales y marginadas, especialmente en comunidades indígenas, los efectos fueron menos favorables. La frecuencia de asistencia médica, las emergencias, y la falta de personal médico se agudizaron en territorios con pobreza y marginación étnica, afectando la calidad del servicio. Y, la difícil accesibilidad geográfica y la falta de infraestructura (como caminos de terracería que distan horas de la ciudad

más cercana) complicaron la situación, lo que derivó en insatisfacción con las reformas de salud que datan de 2008.

Durante la pandemia, la atención médica se vio reducida a rotaciones de enfermeras debido a la ausencia de médicos, quienes, en muchos casos, estaban en capacitaciones o vacaciones. Esta falta de personal reflejó también la carencia de suministros médicos, lo que incrementó la percepción de inequidad en el acceso a la salud. En este contexto, se hace evidente la necesidad de una mayor equidad de género, social y étnica en la atención sanitaria, y que el sistema de salud debería reconocer y dar seguimiento a las prácticas de medicina ancestral en las comunidades.

En San Jerónimo Tulijá, las mujeres entrevistadas no manifestaron preferencia por la centralización o descentralización del sistema de salud, pues los resultados en el plano comunitario no mostraron mejoras significativas con ninguna de las reformas. Más bien, ambas tienden a fracasar y a aumentar las dificultades para acceder a los servicios de salud. Las personas de la comunidad entienden cómo mejorar las reformas recentralizadoras y cómo gestionar los recursos disponibles ante las carencias de dichas reformas. Conocen, por ejemplo, que llevar una vida saludable está relacionado con una buena alimentación, aunque también reconocen que, dadas las limitaciones económicas, a veces se ven obligadas a consumir alimentos poco saludables.

La recentralización de los servicios de salud, aunque justificable en el contexto de la pandemia, tuvo un impacto diferente en los territorios de los pueblos originarios en comparación con los centros urbanos. Mientras que en la ciudad un médico puede ser percibido como símbolo de progreso, en comunidades como San Jerónimo la falta de medicamentos y la desconfianza en el sistema ponen en duda la efectividad de los médicos y su pertinencia. Además, existen factores institucionales, culturales, ideológicos y espirituales y por supuesto económicos, además de las barreras geográficas, que influyen en cómo se percibe la salud en estos territorios. Por tanto, los efectos de la recentralización no pueden coincidir con los resultados observados en contextos urbanos, ya que las realidades de las comunidades indígenas, su cosmovisión y la percepción del acceso a la salud son radicalmente diferentes.

Aceptamos que la recentralización ha impactado la capacidad de respuesta de la oferta de salud para las mujeres en San Jerónimo Tulijá, en la pandemia, aunque no de forma positiva. Por tanto, la adaptabilidad y la flexibilidad de los sistemas de salud deben ajustarse a las necesidades cambiantes de las mujeres y de la población en general. Así mismo los aspectos territoriales varían como la calidad y disponibilidad en la recentralización difieren según las distintas economías y condiciones socioculturales, como señala Sen, es crucial que estos sistemas puedan hacer frente a situaciones de emergencia como la pandemia de COVID-19. Esta reflexión nos lleva a la conclusión de que las reformas de salud deben ser flexibles y estar preparadas para enfrentar los destructores imprevistos o emergentes.

En síntesis, la reciente centralización del gasto en salud confirma la segunda parte de nuestra hipótesis al evidenciar las respuestas de la clínica Murcia y las parteras ante las necesidades de salud de las mujeres en San Jerónimo Tulijá durante el COVID-19. Este enfoque es integral pues resalta las limitaciones de las reformas de salud, y la realidad específica de cada territorio, marcada por factores simbólicos, culturales, sociales y económicos que afectan a las mujeres y a la población en general y rebasan los canales transversales con los que el estado quiere resolverlos. Además, pone de manifiesto las posibles deficiencias de un modelo de salud aplicado a un territorio particular y las limitaciones inherentes al mismo.

A pesar de que el Instituto de Salud para el Bienestar, fue creado para proporcionar acceso universal a servicios de salud y medicamentos gratuitos a quienes no tienen seguridad social, siguen existiendo desafíos como la falta de coordinación en el sistema de salud mexicano. Es fundamental que su implementación se concentre en prevenir deficiencias en infraestructura y capacidades técnicas a nivel federal. Se recomienda una transición gradual hacia la federalización a través del Programa IMSS-Bienestar, con el objetivo de fortalecer el Sistema Nacional de Salud y garantizar el acceso a servicios médicos para la población sin seguridad social (Vargas-Ruiz, 2023).

Para garantizar el éxito de estas reformas y contribuir al bienestar de las mujeres originarias de San Jerónimo Tulijá, es crucial integrar un diálogo constante, promover la adaptabilidad a las necesidades cambiantes, asegurar una coordinación bilateral efectiva y prestar atención a los

valores y necesidades locales. Estos elementos son fundamentales para asegurar que las reformas sean coherentes con las realidades y aspiraciones de la comunidad, promoviendo así un impacto positivo en su bienestar.

Además, según lo planteado en el objetivo general de analizar los efectos de la recentralización del gasto público en la calidad y disponibilidad de los servicios de salud proporcionados por la clínica rural del IMSS para las mujeres de San Jerónimo Tulijá en la pandemia de COVID-19, así como examinar las respuestas y estrategias adoptadas por la clínica zapatista Murcia y las parteras en el territorio con sus propios recursos, resaltando la interrelación entre la recentralización y el papel desempeñado por las organizaciones de salud comunitaria, hemos enfatizado que la relevancia de la teoría del federalismo fiscal está relacionado con la calidad y disponibilidad de los servicios de salud pública, pero también la reacción de la salud autónoma y no convencional.

La reciente centralización del gasto público en salud ha tenido un impacto considerable en la calidad y accesibilidad de los servicios de salud en San Jerónimo Tulijá durante la pandemia de COVID-19. Este cambio ha generado una serie de satisfactores y destructores, especialmente para las mujeres, cuya percepción de los servicios de salud refleja una insatisfacción generalizada debido a la falta de recursos, ineficiencia en la atención médica y largos tiempos de espera.

La situación se complica por la limitada infraestructura y la falta de personal médico calificado, un problema persistente desde la década de los 70, según el cuestionario aplicado al personal de salud pública. Dado que la creación de nueva infraestructura es un proceso a mediano y largo plazo, no puede responder a las necesidades inmediatas. Esto es especialmente crítico en áreas como San Jerónimo Tulijá, donde la descentralización ha fallado en satisfacer adecuadamente las demandas de salud de la población. La reciente centralización del gasto público ha exacerbado estas deficiencias, generando tensiones entre las visiones institucionales y comunitarias sobre la financiación y gestión de los servicios de salud.

La crisis de COVID-19 ha reiterado la necesidad de reevaluar el federalismo fiscal y encontrar un equilibrio entre la centralización y la descentralización en la asignación de recursos para la salud. Es crucial considerar las dimensiones económicas, sociales, políticas y culturales de las pobreza al diseñar estrategias de salud pública que sean efectivas y respetuosas de la diversidad cultural y regional.

La evaluación de la calidad y disponibilidad de los servicios de salud es fundamental para abordar las necesidades de la comunidad en esta crisis sanitaria. Además, es esencial reconocer el papel crucial desempeñado por las organizaciones de salud comunitaria, como la Clínica Autónoma Zapatista "Murcia Elisa Irina Sáenz Garza" y las parteras, en la provisión de atención médica en áreas remotas y marginadas.

En resumen, la situación destaca la importancia de abordar las deficiencias en el sistema de salud para garantizar un acceso equitativo a la atención médica para todas las mujeres y subraya la necesidad de un enfoque integral que considere aspectos técnicos, culturales y sociales para mejorar la salud de la comunidad de San Jerónimo Tulijá y comunidades similares.

1. La calidad y disponibilidad de la oferta y acceso de la salud de las mujeres se ven comprometidas con la reforma que recentralizó el gasto en salud en tiempo de pandemia, o sea por cuestiones de género ellas se interesan más por prevenir su salud y acuden con más frecuencia que los hombres, lo confirman los datos del personal médico y la percepción de las usuarias de la oferta de salud pública. El enfoque de las dependencias de salud federales en la pandemia de COVID-19 parece haber desatendido temporalmente otras áreas de salud, generando la percepción de que la recentralización tuvo efectos negativos en ciertos grupos, como las mujeres.

2. La clínica zapatista Murcia es una respuesta territorial, o sea frente a los destructores de la recentralización y los desafíos de la pandemia y de la reforma de salud pública, desde las instituciones no oficiales. Esta respuesta paleó con cierto éxito la pobreza de protección por sistemas de salud -en este caso hegemónicos- débiles. Fue fácil de adaptarse a las circunstancias, en especial en una crisis sanitaria como la pandemia.

3. Las parteras y hueseras son otra respuesta territorial. Su origen son los sistemas de salud ancestrales, en territorios determinados, y que no son reconocidos totalmente por la reforma gubernamental y tampoco son equiparables en recursos económicos ni en cosmovisión. Paradójicamente, sin recursos económicos, las mujeres han tenido y tienen un papel determinante en la pandemia cuando la recentralización no fue suficiente ante la crisis por covid-19. Estas mujeres dan cuenta de las libertades para alcanzar el desarrollo humano y fomentar el progreso de los sistemas sanitarios, pero para alcanzar el punto de equilibrio en la oferta de salud los sistemas de salud hegemónicos tienen que tomar en cuenta la cosmovisión de las mujeres originarias en cuanto a ello, de lo contrario la efectividad en la oferta de la salud no puede lograr resultados positivos ni a nivel convencional y menos a nivel territorial.

Con esta investigación, se puede concluir que, la recentralización del gasto en salud en San Jerónimo Tulijá durante la pandemia evidenció la necesidad de equilibrar centralización y descentralización. La recentralización redujo la eficacia del IMSS y afectó la atención médica, mientras que las soluciones locales, como las de la clínica Murcia y las parteras, fueron cruciales. Esto destaca la importancia de combinar esfuerzos federales y comunitarios y de fortalecer las capacidades locales para mejorar la calidad y accesibilidad de los servicios de salud en situaciones de emergencia.

Por ello, pensemos: desde donde partimos cuando nos cuestionamos, por ejemplo, "los economistas tenemos una tendencia a hablar de la economía como si fuera algo aparte de la vida cotidiana de las personas. Pero al final del día, la economía es solo una herramienta para mejorar la calidad de vida de las personas, y si no lo logramos, entonces ¿cuál es nuestro propósito real?" (Ha-Joon Chang, 1990).

BIBLIOGRAFÍA

Ángeles Cruz Martínez. (2023, 30 de mayo). Publican en el DOF reforma a la Ley de salud que formaliza IMSS-Bienestar. La Jornada. [La Jornada - Publican en el DOF reforma a la Ley de salud que formaliza IMSS-Bienestar].

Arredondo A. (2001). FEDERALISMO Y SALUD: ESTUDIO DE CASO SOBRE EL SISTEMA DE SALUD EN MEXICO. Published by Forum of Federation. www.forumfed.org.

Bardhan, P. (2000). Decentralization and Development: A Review of the Quantitative Evidence. *Journal of Economic Literature*, 38(3), 679-740. URL: <https://www.jstor.org/stable/2565492>.

BBVA. (2020). Situación Regional-Sectorial México. Segundo semestre 2020. BBVA Research. <https://www.bbvaresearch.com/>

Bedregal, P., Besoain, C., Reinoso, A., & Zubarew, T. (2017). La investigación cualitativa: un aporte para mejorar los servicios de salud [Qualitative research methodology in health care]. *Revista Médica de Chile*, 145(3). doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000300012>.

Bellinghausen, H. (2008). Salud autónoma zapatista: preventiva, comunitaria y educativa. La Jornada.

Bird, R. M., & Vaillancourt, F. (Eds.). (2008). *Fiscal decentralization in developing countries*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511491822>

Bird, Richard M., & Vaillancourt, François. (1998). "Fiscal Decentralization in Developing Countries: A Review of Current Concepts and Practice." World Bank Policy Research Working Paper 2020.

Boletín Estadístico sobre el exceso de mortalidad por todas las causas durante la emergencia por COVID-19, 2022. GRUPO INTERINSTITUCIONAL PARA LA ESTIMACIÓN DEL EXCESO DE MORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS. Número 39. Semana epidemiológica 52.

Bonfil Batalla, G. (1987). México Profundo: Una Civilización Negada. Titivillus.

Botteri, E., & Bochar Pizarro, J. E. (2019). Saberes que conectan con el poder durante el parto: la partería tradicional en Morelos (México). *Alteridades*, 29(57), 125-135. DOI: <http://www.doi.org/10.24275/uam/izt/dcsh/alteridades/2019v29n57/Botteri>

Cabrero E. (2006). Los retos institucionales de la descentralización fiscal en América Latina. Centro de investigación y docencia económicas. CIDE, Número 181.

Cárdenas Salgado, G. Jr. (11 de septiembre de 2020). Salud física y financiera ante Covid-19. *El Economista*.

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). El derecho a la protección de la salud de las mujeres indígenas en México. Análisis nacional, y casos desde una perspectiva de derechos humanos.

Chakraborty L., Institute Levy y Harikrishnan S. (2022). COVID-19 and Fiscal-Monetary Policy Coordination: Empirical Evidence from India. Levy Economics Institute of Bard College.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) et al. (2020). *El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala: Entre la invisibilización y la resistencia colectiva* (Documentos de Proyectos LC/TS.2020/171). CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47178-impacto-del-covid-19-en-los-pueblos-indigenas-america-latina-abya-yala>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2023). Estudio sobre el derecho a la salud 2023: un análisis cualitativo. Ciudad de México: CONEVAL.

Cortés, C. (2024, 16 de enero). Programa de Investigación: Desarrollo Humano Sostenible [Participación en el programa conducido por C. Ezeta Genis]. Recuperado de divulgacionciencia@correo.xoc.uam.mx

Davis-Floyd, R. (s/f). Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano. Recuperado de <http://www.fundacioncreavida.org.ar/robbie-davis-floyd-perspectivas-antropologicas-del-parto-y-el-nacimiento-humano.html>

De Castro, F. (2019). Identificar las desigualdades para actuar: Resultados y determinantes del desarrollo de la primera infancia en América Latina y el Caribe. UNICEF.

De la Cruz, J., Tezanos, J., & Madrueño, M. (2022). *Política económica y desarrollo en América Latina*. Editorial Académica Española.

Delajara, M., De la Torre, R., Díaz-Infante, E., & Vélez, R. (2018). *El México del 2018: Movilidad social para el bienestar*. Centro de Estudios Espinosa Yglesias. <https://ceey.org.mx/wp-content/uploads/2018/06/El-M%C3%A9xico-del-2018.-Movilidad-social-para-el-bienestar.pdf>

Denzin, N. K. (1978). *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. McGraw-Hill.

Díaz M. (2002). Federalismo fiscal y asignación de competencias: una perspectiva teórica. *Economía, Sociedad y Territorio*, vol. III, núm. 11, enero-junio, 2002. El Colegio Mexiquense, A.C. Toluca, México.

Escobar Latapí, A., Mendoza Fernández, L. & Freyermuth Enciso, M. G. (sf)). El derecho a la protección de la salud en las mujeres indígenas en México. Análisis nacional y de casos desde una perspectiva de Derechos Humanos. Recuperado de [Informe-Salud-Ingenas-CIESAS.pdf \(cndh.org.mx\)](#).

Flamand, L., & Moreno, C. (2012). *Desigualdad en la atención de la salud en México: Un análisis de los programas y el gasto público en salud para la población sin seguridad social*. Secretaría de Desarrollo Social/PNUD. https://www.researchgate.net/publication/305959121_Desigualdad_en_la_atencion_de_la_salud_en_Mexico_Un_analisis_de_los_programas_y_el_gasto_publico_en_salud_para_la_poblacion_sin_seguridad_social_aceptado

Forbis, M. M. (2006). Autonomía y un puñado de hierbas: La disputa por las identidades de género y étnicas por medio del sanar. En L. Hernández Navarro (Ed.), *La autonomía es posible: Autonomía y emancipación en el zapatismo* (pp. 371-374).

Forbis, M. M. (2011). Autonomía y un puñado de hierbas: La disputa por las identidades de género y étnicas por medio del sanar. En B. Baronnet, M. Mora Bayo y R. Stahler-Sholk (Coordinadores), *Luchas ‘muy otras’*.

George Quintero, R. S., Laborí Ruiz, R., Bermúdez Martínez, L. A., & González Rodríguez, I. (2017). Aspectos teóricos sobre eficacia, efectividad y eficiencia en los servicios de salud. *Revista Información Científica*, 96(6), 1153-1163. Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. [https://doi.org/\[Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.\]](https://doi.org/[Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.])

González Figueroa, G. A. (2020, 14 de agosto). La respuesta está en la salud popular. *El Colegio de la Frontera Sur*. Recuperado de *La respuesta está en la salud popular - Portal de El Colegio de la Frontera Sur*.

González, Alejandro (2011). *Nuevas percepciones del territorio, espacio social y el tiempo*. Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales, Buenos Aires, Argentina.

Goodspeed, T. (2012). Descentralización y corrupción: datos y problemas del caso mexicano. En *Informe sobre federalismo fiscal*, Instituto de Economía Barcelona, Universidad de Barcelona.

Heraldo de México Oaxaca. (2023, 27 de abril). IMSS-Bienestar: ¿Qué es y cómo funciona el sustituto del INSABI en México? Recuperado de <https://oaxaca.heraldodemexico.com.mx/nacional/2023/4/27/imss-bienestar-que-es-como-funciona-el-sustituto-del-insabi-en-mexico-9219.html>.

Hernández, F. y Iturribarria, H. (2004). *Tres trampas del federalismo fiscal mexicano*. Documento de trabajo, Núm. 281, División de Economía, CIDE, México, D.F.

Illich, I. (2011). *La sociedad desescolarizada*. (Colección Exhumaciones). Ediciones Godot. <https://doi.org/10.1234/abcd1234>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (s.f.). Medicamentos. Recuperado de <https://imss.gob.mx/profesionales-salud/cuadros-basicos/medicamentos>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/>

Jeannetti, E. (1986). Descentralización de los servicios de salud. En Torres, B. (Compiladora). Descentralización y democratización en México, El Colegio de México, México, D.F, pp. 175-203. Janetti, M.E y Carrera Hernández, A.P. (1995). Los ingresos de los estados en el marco de la política económica del gobierno federal mexicano (1970-1992). Gestión y Política Pública, vol. IV. Núm.2, segundo semestre.

Jiménez Acevedo, H. M., García Chong, N. R., & Rodríguez Feliciano, M. Á. (2021). El sistema de salud y la desigualdad social post COVID-19 en Chiapas. En G. Núñez Medina & H. M. Jiménez Acevedo (Coords.), El sistema de salud de Chiapas ante la pandemia de la COVID-19 (pp. xx-xx). Universidad Autónoma de Chiapas.

Kee, J. (2004). *Descentralización fiscal: Teoría como reforma*. Universidad George Washington.

La Jornada del Campo. (2023, 21 de octubre). Reflexiones en torno al programa Sembrando Vida. Número 193. Directora General: Carmen Lira Saade. Director Fundador: Carlos Payán Vélver. Recuperado de <https://www.jornada.com.mx/2023/10/21/delcampo/articulos/reflexiones-vida.html>.

Lamas, M. (1996). Por qué es importante la perspectiva de género. En G. de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (Ed.), La Tarea, Revista de Educación y Cultura de la Sección 47 del SNTE, No. 8, 1996.

Ley General de Desarrollo Social, 2022. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.

Libro, parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. <http://biblio.juridicas.unam.mx>.

López Arévalo, J. y Mayo Mendoza, B. (2012). "Chiapas, endeudamiento en la encrucijada". *Economía Informa*, septiembre-octubre, núm. 376, pp. 47-60.

López Arévalo, J., & Martínez Cuero, J. (2018). Estructura económica y emigración internacional en Chiapas. *Economíaunam*, 15(43), enero-abril. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Economía. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40350807005>

López Romo, H. (1998). La metodología de encuesta. En L.J. Galindo Cáceres (Ed.), *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. México: PEARSON.

López Romo, H. (1998). *La metodología de la encuesta*. En L. J. Galindo Cáceres (Coord.) & M. Á. Calderón Reyes (Ed.), *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación* (pp. xx-xx). CNIEM.

López, Heriberto. (1998). "La metodología de la encuesta". En Jesús Galindo (Coordinador).

López, J. (1998). Encuestas en salud: Métodos y aplicaciones. En L. J. Galindo Cáceres (Coord.), *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación* (pp. 33-73). Logman.

Mariscal, Ángeles. "Las comunidades indígenas 'zapatistas' construyen autonomías a 17 años." Publicado el sábado 01 de enero de 2011 a las 08:00 AM. Sitio web: Expansion.mx. Disponible en: <https://expansion.mx/nacional/2011/01/01/las-comunidades-indigenas-zapatistas-construyen-autonomias-a-17-anos>

Mattiace, S. L. (2003). *To See with Two Eyes: Peasant Activism & Indian Autonomy in Chiapas, Mexico*. University of New Mexico Press.

Max N. (1998). *DESARROLLO A ESCALA HUMANA: Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*. Icaria Editorial, S.A.

Max-Neef, M. (1993). *Desarrollo a Escala Humana*. Editorial Nordan-Comunidad. ISBN: 84-7426-217-8.

Max-Neef, M. A. (1993). *Desarrollo a Escala Humana: Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*. Editorial Nordan-Comunidad.

McLure, Charles E., Jr. (1993). "Vertical Fiscal Imbalance and the Assignment of Taxing Powers in Australia". *Essays in Public Policy*, Hoover Institution and Stanford University Press.

Medina, A. (2020, agosto 27). México invierte 2.5% del PIB en Salud, cuando lo ideal sería 6% (o más). *Forbes México*. Recuperado de <https://www.forbes.com.mx/revista-impresamexico-invierte-2-5-del-pib-en-salud-cuando-lo-ideal-seria-6-o-mas-ops/>.

Mendoza, L. G. (2021, marzo 5). *Cúrate mijita, un poema de María Sabina* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=XFIvm6weG34>

Menéndez EL. (2017). Antropología de la Salud en las Américas: Contextualizaciones y sugerencias. *Salud Colectiva*, 13(3), 353-357. doi: 10.18294/sc.2017.1548.

Menéndez, E. L. (2022). De los usos pragmáticos de la medicina tradicional por parte del sector salud a las exclusiones ideológicas de las orientaciones antropológicas: el caso mexicano (1930-2022) [From the pragmatic use of traditional medicine by the health sector to the ideological exclusion of anthropological perspectives: the case of Mexico (1930-2022)].

Merino M. y L. Flaman. (2011). Estudio para el fortalecimiento de la coordinación, administración efectiva y eficiente del sistema de protección social en salud de las entidades federativas. Reporte preparado para la "Comisión Nacional de Protección Social en Salud" y el CIDE.

Morales E. (2019). Rescates y restricción presupuestaria blanda en un contexto de descentralización fiscal incompleta. *EL TRIMESTRE ECONÓMICO*, vol. LXXXVI (1), núm. 341, enero-marzo de 2019, pp. 145-178.

Muñoz Ramírez, G. (2023). Columna Los de Abajo. *La Jornada*.

Musgrave, R. A. (1959). *La teoría de las finanzas públicas: Un estudio de la economía pública*. McGraw-Hill.

Musgrave, R. A., & Musgrave, P. B. (1992). Hacienda pública: Teórica y aplicada (5ª ed.). McGraw-Hill. (Sección: Las funciones fiscales, una panorámica). Madrid.

Nash, J. (2001). Mayan Visions: The Quest for Autonomy in an Age of Globalization. Routledge.

North, D. C. (1990). Institutions, Institutional Change and Economic Performance. Cambridge University Press.

Núñez Medina, G., & Jiménez Acevedo, H. (2016). El sistema de salud de Chiapas ante la transición demográfica y epidemiológica. *Cuadernos del CENDES*, 33(92), 79-103. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40350807005>

Núñez Medina, G., & López Arévalo, J. (2021). Pobreza, desigualdad, poblaciones indígenas y COVID-19 en Chiapas. En G. Núñez Medina & H. M. Jiménez Acevedo (Coords.), El sistema de salud de Chiapas ante la pandemia de la COVID-19 (pp. xx-xx). Universidad Autónoma de Chiapas.

Oates, W. E. (1977). “Federalismo fiscal”. Instituto de Estudios de Administración Local, Madrid.

Oates, W.E. (1999). “An essay on fiscal federalism”. *Journal of Economic Literature*, vol. 37(3), pp. 1120-1149.

Oates, W.E. (2005). “Toward a second-generation theory of fiscal federalism”. *International Tax and Public Finance*, No. 12, pp. 349-373.

Oates, W.E. (2008). “On the evolution of fiscal federalism: theory and institutions”. *National Tax Journal*, No. 2, June, pp. 313-334.

OCDE (2023). Dépenses de santé (indicateur). doi: 10.1787/1ae0af3d-fr (Consulté le 27 juillet 2023).

OMS. (1946). Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En Official Records of the World Health Organization, Número 2, página 100.

OMS. (2023). Medicina tradicional: importancia y beneficios respaldados por la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://viveconsalud.org/medicina-tradicional-importancia-y-beneficios-respaldados-por-la-organizacion-mundial-de-la-salud-oms/#:~:text=La%20OMS%20define%20la%20medicina%20tradicional%20como%20%C2%ABla,mejora%20o%20tratamiento%20de%20enfermedades%20f%C3%ADsicas%20y%20mentales%C2%BB>.

ONU Mujeres. (2020). COVID-19 and gender: What do we know; what do we need to know? Recuperado de <https://data.unwomen.org/features/covid-19-and-gender-what-do-we-know-what-do-we-need-know>

Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241562023>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. <https://www.oecd.org/latin-america/perspectivas-economicas-2021>

Oria y Anaya, R. (2023). México habló y decidió: ahora todos a construir una República sana. *Opinión del experto nacional*. Recuperado de [[Mexico habló y decidió: ahora todos a construir una República sana 2024/06/26 | Excélsior \(excelsior.com.mx\)](#)]

Oria y Anaya, R. (2024, abril 17). ¿Cómo se compara el sistema de salud de México contra los mejores del mundo? Coparmex. <https://www.coparmex.org.mx/>

Páez, 2021. “COVID-19 en un país sin justicia social”. Revista Conamed, Carta al Editor, Vol. 26(2), 101-103. Folio: 152/2021. doi: 10.35366/100354.

Pérez Marcial, C. R. (2021). Oferta de servicios de salud en el estado de Chiapas. En G. Núñez Medina & H. M. Jiménez Acevedo (Coords.), El sistema de salud de Chiapas ante la pandemia de la COVID-19 (pp. xx-xx). Universidad Autónoma de Chiapas.

PLAN DE DESARROLLO DE LA MICRORREGIÓN “SAN JERÓNIMO TULJA. Planeación del territorio. La Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2011. SANTO-DOMINGO-2011.pdf (unich.edu.mx)

Presidencia de la República. (2019). Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Recuperado de <https://lopezobrador.org.mx/wp-content/uploads/2019/05/PLAN-NACIONAL-DE-DESARROLLO-2019-2024.pdf>. Publicación DOF decreto que integra funciones del INSABI a IMSS-Bienestar.

Reich, Michael, 2020. “Restructuring Health Reform, Mexican Style”. *Health Systems & Reform*, 6(1), 1-11. DOI: 10.1080/23288604.2020.1763114.

Rodden, J. (2002). “The Dilemma of Fiscal Federalism: Grants and Fiscal Performance around the World”. *American Journal of Political Science*, Vol. 46(3), 670-682.

Rodríguez Rivera, M. E. (2022). La recentralización del sector salud: una aproximación a sus implicaciones en el funcionamiento organizacional de un centro de salud. **Gestión y estrategia**, 62, 123-145. <https://doi.org/10.24275/uam/azc/dcsh/gye/2022n62/Rodriguez>

Rodríguez, E. (1999). Reseña de “Decentralization in Mexico”, en *Reforma Municipal to Solidaridad to Nuevo Federalismo de Victoria E. Rodríguez*. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México, pp. 246-249.

Rodríguez, M. (2022). La recentralización del sector salud: una aproximación a sus implicaciones en el funcionamiento organizacional de un centro de salud. *Gestión y Estrategia*, Universidad Autónoma Metropolitana, México. DOI: 10.24275/uam/azc/dcsh/gye/2022n62/Rodríguez

Rubinfeld, D. L. (1987). *Modelos econométricos y pronósticos económicos* (2ª ed.). McGraw-Hill.

Saavedra C. (2021). México: política fiscal y pandemia mundial. *Ola Financiera*, Volumen 14, Número 38. Publicado por la Universidad Autónoma de México (UNAM).

Sánchez Pérez, H. J., Leal F., G., Escobar, D., & León Cortés, J. L. (2021). Acción comunitaria en el IMSS-Bienestar: Visiones operativas de "la otra historia". Chetumal, Quintana Roo, México: El Colegio de la Frontera Sur.

Sandoval Casilimas, C. A. (2014). Metodología de la investigación: Enfoques cuantitativo, cualitativo, mixto y de desarrollo. Editorial Universidad del Rosario.

Santana, P. (2021). Roles de género y su impacto en la salud de mujeres y hombres. Reporte de Servicio Social 2020-2021 Comunidad San Jerónimo Tulijá, Chilón Chiapas. Clínica en resistencia zapatista, Murcia, Municipio Autónomo 21 de diciembre. Universidad Autónoma Metropolitana, Departamento de atención a la salud, División de ciencias biológicas.

Saragos, A. (2012). Gasto público, descentralización fiscal y crecimiento económico: El caso de Chiapas (1982-2012). Recuperado de www.premiounaminteraccionespwc.unam.mx

Scharagrodsky (2013). "La salud detrás de una capucha rebelde que resiste. Descripción del Sistema de Salud Autónomo Zapatista y su relación con los conceptos de Medicina Social". Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Trabajo Social, Cátedra de Medicina Social.

Secretaría de Salud. (s/f). Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38480/GuiaAutorizacionParteras.pdf>

Sen, A. (2000). El desarrollo como libertad. Gaceta Ecológica, (55), 14-20. Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, Distrito Federal, México. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53905501>

Sen, A. (2000). El desarrollo como libertad. Gaceta Ecológica, núm. 55, 2000, pp. 14-20. Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, Distrito Federal, México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53905501>.

Shah, A. (1997). "Fiscal Federalism and Macroeconomic Governance: For Better or Worse?" Working Paper, World Bank.

Sierra, Francisco. (1998). “Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social”. En Jesús Galindo (Coordinador), *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*, pp. 277-345. México: Pearson Educación.

Sovilla, B., & Díaz Sánchez, Á. M. (2022). Del Seguro Popular al Insabi: ¿Por qué recentralizar el gasto público en salud en México? *Gestión y Política Pública*, 31(2), 63-94. <http://dx.doi.org/10.29265/gypp.v31i2.1257>

Sovilla, B., Saragos, A., y Morales, E. (2018). Contradicciones de la descentralización fiscal en México. El caso de Chiapas. *Gestión y Política Pública*, VOLUMEN XXVII, NÚM. 2, segundo SEMESTRE DE 2018, p. 397-429.

Speed, S. (2008). *Rights in Rebellion: Indigenous Struggle and Human Rights in Chiapas*. Stanford University Press.

Subirats, J. (2009). Gobiernos locales e implicación ciudadana. En *PAPELES*, Especial 33 (Nº 106). Institut de Govern i Polítiques Públiques, Universitat Autònoma de Barcelona.

Surday, Y. (2007). “El análisis de información y las investigaciones cuantitativa y cualitativa”. En *Revista Cubana Salud Pública*, 33(2), 11.

Tanzi, V., & Zee, H. H. (1997). Política fiscal y crecimiento a largo plazo. *Documentos del personal* (Fondo Monetario Internacional), 44(2), 179-209. <https://doi.org/10.2307/3867542>

Torres Vaca, F. J., Torres Vaca, M., Ávila Arroyo, S., Pérez Romero, J., Pichardo León, C., Cuevas Rodríguez, N., Reyes Vázquez, L., Salas Jiménez, M. M. F., & Barrera Becerril, B. A. (2014). La salud pública en el México prehispánico: una visión desde la salud pública actual. *Vertientes. Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 17(1), 48-60.

Tovar Rodríguez, B. (2023). *Reporte final de servicio social: Clínica “Murcia Elisa Irina Sáenz Garza,” San Jerónimo Tulijá, Chilón, Chiapas (1 febrero 2022 – 31 enero 2023)*. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud. Mtro. J. Heredia Cuevas (Asesor).

URL:https://www.canaldelcongreso.gob.mx/noticias/16615/Publica_DOF_decreto_que_integra_funciones_del_Insabi_a_IMSS-Bienestar

Urzúa, C. M. (2002). “Vicisitudes del federalismo mexicano”. En J. L. Calva (editor), “Política económica para el desarrollo sostenido con equidad”, vol. 1, Casa Juan Pablos, pp. 246-261.

Vargas-Ruiz, M. M. (2023). Sistema de salud mexicano: De la descentralización hacia la re-centralización. *Derecho Social. Recuperado de* <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/derecho-social/issue/archive>. DOI: <https://doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2023.36.17880>

Vega, R. A. (2017). (Inter)identificación racial: racialización de la salud materna a través del programa Oportunidades y clínicas gubernamentales en México. *SALUD COLECTIVA*, 13(3), 489-505. doi: 10.18294/sc.2017.1114.

Anexos

Anexo 1. Encuesta a las mujeres y fotografías

Guion de cuestionario para mujeres de San Jerónimo Tulijá, Chilón, Chiapas

Como parte de mi investigación de maestría en desarrollo local, estoy llevando a cabo esta encuesta para analizar los efectos de la recentralización del gasto público en la calidad y disponibilidad de los servicios de salud proporcionados por la clínica rural del IMSS para las mujeres de San Jerónimo Tulijá en la pandemia de COVID-19. Sus respuestas ayudarán a comprender mejor las necesidades y experiencias en el sistema de salud local. ¡Le agradecemos su tiempo y colaboración!

Folio (p1): _____

Municipio (p2):- San Jerónimo Tulijá, Chilón, Chiapas

Colonia-barrio (p3): _____

Unidad médica (p4):

Fecha (p5): _____ Hora de inicio (p6): _____ Hora de termino (p7): _____

Nombre de la encuestadora/or (p8):

¿Usted tiene alguna pregunta sobre esta encuesta? (p 9):

Información de la entrevistada/o

p. 10 Cargo del entrevistado

Servicios sanitarios			
p. 11	15 años atrás, ¿ha necesitado usar los servicios de salud?	01 sí 02 no	
p. 12	¿Cuál es el principal motivo por el que asistió a consulta?	01 prevención 02 por accidente 03 por enfermedad 04 por revisión o chequeo prevención 05 COVID-19 06 otra 89 no sabe	
p. 13	Desde su llegada a la clínica hasta que lo atendió la médica-médico, ¿Cuánto tiempo paso?	01 minutos 02 horas	
p. 14	¿Cómo considera el tiempo que paso?	01 muy corto 02 corto 03 normal 04 largo 05 muy largo 89 no sabe	

p. 15	¿A qué atribuye la espera?	01 falta de consultorios 02 hay muchas personas 03 lentitud del médico 04 ausencia del personal médico 05 mal organizados 06 cambio de turno 07 otro 08 no sabe	
p. 16	Cuando paso a consulta, ¿a qué servicio pasó?	01 hospitalización 02 observación 03 laboratorio 04 quirófano 05 medicina familiar 06 otra 89 no sabe	
p. 17	¿Le brindaron medicamentos dentro de la clínica?	01 sí 02 no	

		03 no sabe	
p. 18	¿Cómo clasificaría la atención que le dieron en el servicio de salud?	01 muy buena 02 buena 03 regular 04 mala 05 muy mala 89 no sabe	

Oferta de servicios: analizar la calidad y accesibilidad de los servicios sanitarios			
p. 19	15 años atrás, ¿cree usted que los servicios de salud públicos (ingresos a hospitales, consultas, etcétera) ha aumentado?	01 mucho 02 poco 03 nada 89 no sabe	
p. 20	¿Cree usted que el dinero que el estado dedica a salud a partir de los impuestos que recauda es?	01 demasiado 02 equitativo 03 poco 89 no sabe	
p. 21	¿Cuál cree usted que es la mejor forma de financiar los servicios de salud?	01 mediante impuestos (la actual) y que cubra a todas las personas	

		02 que la gente pague los servicios 03 mediante impuestos y el pago de alguna cantidad por parte de la gente 89 no sabe	
p. 22	Durante los últimos 12 meses, ¿Cuántas veces fue a un centro público para la emergencia?	01 una 02 dos 03 tres 04 más de cuatro 05 otro 89 no sabe	
p. 23	Considerando exclusivamente en sus necesidades y desafíos de salud, ¿piensa que el sistema sanitario público de San Jerónimo Tulijá cubre todas sus necesidades en materia de salud?	01 sí, satisfecho 02 cubre mis necesidades, pero deberían cambiar algunos aspectos 03 no cubre mis necesidades 89 no sabe	

--	--	--	--

Efectos: evaluar el impacto económico de los problemas de salud durante la pandemia			
p. 24	Durante la pandemia, ¿Qué tanto se afectó su economía o la de su familia debido a sus problemas de salud?	01 no se afectó 02 gastó más de la mitad del ingreso mensual 03 gastó sus ahorros o pidió prestamos 04 se vio forzado a vender bienes del hogar o vivienda	

Conocer el historial clínico			
p. 25	¿Ha tenido alguna enfermedad crónica en los últimos 5 años?	(01) Sí (02) No (89) no sabe	
P. 26	¿Con qué frecuencia visita al médico en un año?	(01)menos de una vez al año (02)Una vez al año (03)Dos veces al año (04)Más de dos veces al año	

P. 27	¿Tiene acceso a un centro de salud o clínica en su comunidad?	(01) Sí (02) No (89) no sabe	
p. 28	¿Ha experimentado alguna vez problemas para acceder a medicamentos recetados?	(01) Sí (02) No	
p. 29	¿Cuál ha sido la principal razón de su última visita al médico?	(01) Prevención (02) Tratamiento de enfermedad (03) Examen de rutina (04) Emergencia	
p. 30	¿Ha recibido vacunas en los últimos 5 años?	(01) Sí (02) No	

p. 31	¿Cuál es la principal fuente de información sobre salud en su comunidad?	(01) Médico o personal de salud (02) Familiares y amigos (03) Internet (04) Otro (89) no sabe	
P. 32	¿Está satisfecho con la calidad de la atención médica que recibe en su comunidad?	(01)Muy satisfecho (02)Satisfecho (03)Neutral (04)Insatisfecho (05)Muy insatisfecho (89) no sabe	

Muchas gracias, estas fueron las preguntas, pero ¿Existe alguna información importante que no preguntamos y que usted quisiera expresar? (p 36).

¿Usted desea hacerme alguna pregunta relacionada con esta encuesta? (p 37).

Encuesta completada. Le agradezco por el tiempo y valiosa participación.

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1MleOb5rG_SUZviwwLqZH-LFuowHxudKE/edit?usp=sharing&ouid=108102307394521079104&rtpof=true&sd=true
(enlace en drive de resultados finales).

Fotografía 1. Mujeres en San Jerónimo Tulijá, Chilón, Chiapas; México (SJT)



Fotografía 2. Encuesta a mujer usuaria de los sistemas de salud en SJT



Fotografía 3. Condiciones del camino en la encuesta en SJT



Fuente: trabajo de campo, 2023

Anexo 2. Cuestionario al personal médico del IMSS y fotografías



Guion de cuestionario estructurado para el personal de salud del IMSS-Bienestar de San Jerónimo Tulijá, Chilón, Chiapas

Este cuestionario tiene como objetivo evaluar la percepción de los médicos rurales sobre las posibles fallas y desafíos relacionados con la recentralización fiscal en el sector de la salud en San Jerónimo Tulijá e identificar problemas en la prestación de servicios de salud en áreas rurales y su impacto en la calidad de atención y el acceso de las poblaciones rurales a servicios de salud. Su participación es esencial para comprender mejor la situación y las necesidades en el ámbito de la atención médica en esta área. Agradezco su colaboración y quiero destacar que toda la información proporcionada se utilizará exclusivamente para fines de investigación y análisis. ¡Gracias por dedicar su tiempo a esta encuesta!

Folio (p1):_____

Municipio (p2):

Colonia-barrio (p3):_____

Unidad médica (p4):

Fecha (p5):_____Hora de inicio (p6):_____Hora de termino (p7):_____

Nombre de la encuestadora/or (p8):

¿Está permitido grabar esta entrevista o cuestionario para fines de documentación o investigación? (p 9):

Sí

No

p. 10 Nombre completo del entrevistado

p. 11 Cargo del entrevistado

Datos de identificación			
p. 12	¿Cuántos años tiene?	(01) Menos de 18 años (02) 18-24 años (03) 25-34 años (04) 35-44 años (05) 45-54 años (06) 55-64 años	
p. 13	Sexo Anote sin preguntar	01 mujer 02 hombre	
Escolaridad p. 14	¿Cuál es su último grado de escolaridad?	01 ninguno 02 primaria incompleta 03 primaria completa 03 secundaria 04 preparatoria 05 universidad 06 especialidad 07 maestría 08 doctorado 89 no sabe	
p. 15	¿Habla alguna lengua indígena?	01 sí (especifique) 02 No	

Identificar y caracterizar el establecimiento			
p. 16	¿A cuál de las siguientes categorías	01 hospital regional 02 centro de salud	

	de clasificación corresponde el establecimiento?	03 IMSS - Bienestar 04 IMSS 05 ISSTE 06 ISSFAM 07 PEMEX 08 otro (especifique) 89 no sabe	
P. 17	¿Cuántas horas diarias opera el establecimiento?	01 4 horas al menos 02 más de 4 horas y menos de 8 horas 03 más de 8 horas y menos de 12 horas 04 24 horas 05 intermitente 89 no sabe	
p. 18	¿El establecimiento ofrece servicio los fines de semana?	01 sí 02 no 03 sábado o domingo 04 intermitente 89 no sabe	

Conocer la disponibilidad de infraestructura			
p. 19	¿Cuál de los siguientes servicios de atención hospitalaria dispone este establecimiento?	01 medicina hospitalaria 02 cirugía hospitalaria 03 ginecología 04 pediatría	Nota: marque las opciones con las que cuenta el establecimiento

		05 urgencia hospitalaria 06 banco de sangre 07 medicina familiar 08 otro (especifique) 89 no sabe	
p. 20	¿Con cuantas camas censables cuenta el establecimiento?	01 ____ (número) 02 ninguno 89 no sabe	
p. 21	¿Cuántas camas no censables cuenta el establecimiento?	01 ____ (número) 02 ninguno 89 no sabe	
p. 22	¿Cuál es el número de quirófanos con los que cuenta el establecimiento?	01 ____ (numero) 02 ninguno 89 no sabe	
p. 23	¿Con cuántos consultorios cuenta el establecimiento?	01 ____ (número) 02 ninguno 89 no sabe	
p. 24	¿Cuántos médicos en contacto con la/el paciente cuenta el establecimiento?	01 ____ (número) 02 ninguno 89 no sabe	
p. 25	¿Con cuantas enfermeras (os) en contacto con los pacientes cuenta el establecimiento?	01 ____ (número) 02 ninguno 89 no sabe	
p. 26	A que año pertenece esta información	01 ____ (número) 02 ninguno	

Comparar el equipo y material básico			
p. 27	¿El establecimiento cuenta con los siguientes materiales o equipo en funcionamiento?	01 estetoscopio 02 otoscopio 03 termómetro 04 bascula para adulto 05 bascula para menores de dos años 06 guantes de látex 07 equipo de sutura o cirugía menor 08 tanque de oxígeno con regulador 09 nebulizador 10 bolsa de reanimación 11 equipo de esterilización 12 equipo de infusión para soluciones intravenosas 13 refrigerador 14 ambulancia u otro equipo de transporte 15 otros	Nota: anote las respuestas que correspondan a cada pregunta.

Conocer la capacidad de abastecimiento de medicamentos en el establecimiento			
p. 28	¿Cuenta el establecimiento con una farmacia donde se dispensa medicamentos a los pacientes?	01 sí 02 no	
p. 29	¿Se dispone en el establecimiento de una lista de medicamentos básicos?	01 no 02 sí, los promotores de salud son responsables de la selección de medicamentos 03 sí, el director del establecimiento es el responsable por la selección de los medicamentos 04 sí, otra entidad - persona es la responsable por la selección de los medicamentos	
p. 30	¿Usted cree que se dispone actualmente en el establecimiento de medicamentos para un mes?	01 sí 02 no 89 no sabe	
p. 31	¿Usted cree que el establecimiento	01 sí 02 no	

	cuenta con los instrumentos o medicamentos necesarios para atender a la población?	89 no sabe	
--	--	------------	--

Conocer la oferta de servicios del establecimiento			
p. 32	¿Cuál es el motivo de consulta o de atención más frecuente que tiene la población?	Nota: pregunta abierta	
p. 33	En los últimos 15 años, ¿cree usted que los servicios de salud públicos han aumentado o disminuido? ¿por qué?	01 mucho 02 poco 03 nada 89 no sabe	
p. 34	Comparando el servicio de salud del Seguro Popular con el del INSABI ¿usted considera que es? ¿por qué?	Mucho mejor ahora que hace 15 años Algo mejor ahora que hace 15 años Mas o menos igual que hace 15 años Algo peor ahora que hace 15 años Mucho peor ahora que hace 15 años	

p. 35	¿Considera adecuada la cantidad de recursos económicos que el Estado asigna a la salud a través de los impuestos que recauda?	01 demasiado 02 justo 03 poco 89 no sabe	
p. 36	¿Cuál cree usted que es la mejor forma de financiar los servicios de salud?	01 mediante impuestos (la actual) y que cubra a todas las personas 02 que la gente pague los servicios 03 mediante impuestos y el pago de alguna cantidad por parte de la gente 89 no sabe	
p. 37	Pensando únicamente en su experiencia, ¿piensa que el sistema sanitario público de San Jerónimo Tulijá cubre todas las necesidades en el plano de salud para la población? ¿por qué?	01 sí, cubre todo 02 cubre las necesidades, pero deberían cambiar algunos aspectos 03 no cubre las necesidades 89 no sabe	

p.38	¿existe personal disponible para atender a todos los enfermos?	01 si 02 no 89 no sabe	
p. 39	¿Se cuenta con el instrumental necesario?	01 si 02 no 89 no sabe	
p. 40	¿Cuentan con servicio de agua y luz en la clínica?	01 si 02 no 89 no sabe	
p. 41	Desde su punto de vista como trabajador de la salud cuáles son las principales carencias que existen la clínica	01 falta de personal médico y de enfermería. 02 escasez de suministros médicos y medicamentos. 03 problemas en la gestión y organización de la clínica. 04 deficiencias en la infraestructura y mantenimiento de las instalaciones. 05 insuficiente capacitación del personal de salud. 06 otras (por favor, especifique). 89 no sabe	

p. 42	¿Cuáles de los siguientes factores crees que influyen más en la frecuencia con la que las personas asisten a consultas médicas?	01 Edad 02 Género 03 estado de salud 04 acceso a la atención médica 05 Nivel de educación 06 enfoque en la prevención de la salud 89 no sabe	
p. 43	¿En qué año inicio labores este establecimiento?		

Muchas gracias, estas fueron las preguntas, pero ¿Existe alguna información importante que no preguntamos y que usted quisiera comentar?

(p 44)

¿Usted desea hacerme alguna pregunta relacionada con esta encuesta? (p. 45)

Encuesta completada. Le agradezco por el tiempo y valiosa participación.

Foto 1. IMSS-Bienestar, unidad médica rural, San Jerónimo Tulijá, Chilón, Chiapas; Mexico



Fotografía 5. Retribución social: cartel donado al IMSS



Foto 2. Báscula



Foto 3. Refrigerador



Foto 4. Cuestionario personal médico IMSS



Fuente: trabajo de campo, 2023.

Anexo 3. Cuestionario al personal médico de la clínica Murcia y fotografías



Guion de cuestionario estructurado para el personal de salud de la clínica Elisa Irina Sáenz Murcia de San Jerónimo Tulijá, Chilón, Chiapas

Este cuestionario tiene como objetivo evaluar la percepción de los médicos rurales sobre las posibles fallas y desafíos relacionados con la descentralización fiscal en el sector de la salud en San Jerónimo Tulijá e identificar problemas en la prestación de servicios de salud en áreas rurales y su impacto en la calidad de atención y el acceso de las poblaciones rurales a servicios de salud. Su participación es esencial para comprender mejor la situación y las necesidades en el ámbito de la atención médica en esta área. Agradezco su colaboración y quiero destacar que toda la información proporcionada se utilizará exclusivamente para fines de investigación y análisis. ¡Gracias por dedicar su tiempo a esta encuesta!

Folio (p1):_____

Municipio (p2):- San Jerónimo Tulijá, Chilón Chiapas

Colonia-barrio (p3):_____

Unidad médica (p4):

Fecha (p5):_____Hora de inicio (p6):_____Hora de termino (p7):_____

Nombre de la encuestadora/or (p8):

Nombre y cargo del entrevistado (p 9):

¿Está permitido grabar esta entrevista o cuestionario para fines de documentación o investigación? (p 10):

- Sí
- No

¿Usted tiene alguna pregunta sobre esta encuesta? (p 11):

Información de la entrevistada/o

p. 12 Nombre completo del entrevistado

p. 13 Cargo del entrevistado

Datos de identificación			
p. 14	¿Cuántos años tiene?	(01) Menos de 18 años (02) 18-24 años (03) 25-34 años (04) 35-44 años (05) 45-54 años (06) 55-64 años	
p. 15	Sexo	01 mujer 02 hombre	
Escolaridad p. 16	¿Cuál es su último grado de escolaridad?	01 ninguno 02 primaria incompleta 03 primaria completa 03 secundaria 04 preparatoria 05 universidad 06 especialidad 07 maestría 08 doctorado 89 no sabe	
p. 17	¿Habla alguna lengua indígena?	01 sí (especifique) 02 No	

Identificar y caracterizar el establecimiento			
p. 18	¿A cuál de las siguientes categorías de clasificación	01 hospital regional 02 centro de salud 03	

	corresponde el establecimiento?	IMSS - BIENESTAR 04 IMSS 05 ISSTE 06 ISSFAM 07 PEMEX 08 otro (especifique) 89 no sabe	
P. 19	¿Cuántas horas diarias opera el establecimiento?	01 4 horas al menos 02 más de 4 horas y menos de 8 horas 03 más de 8 horas y menos de 12 horas 04 24 horas 05 intermitente 89 no sabe	
p. 20	¿El establecimiento ofrece servicio los fines de semana?	01 sí 02 no 03 sábado o domingo 04 intermitente 89 no sabe	

Conocer la disponibilidad de infraestructura			
p. 21	¿Cuál de los siguientes servicios de atención hospitalaria dispone este establecimiento?	01 medicina hospitalaria 02 cirugía hospitalaria 03 ginecología 04 pediatría	

		05 urgencia hospitalaria 06 banco de sangre 07 medicina familiar 08 otro (especifique) 89 no sabe	
p. 22	¿Con cuantas camas censables cuenta el establecimiento?	01 ____ (número) 02 ninguno 89 no sabe	
p. 23	¿Cuántas camas no censables cuenta el establecimiento?	01 ____ (número) 02 ninguno 89 no sabe	
p. 24	¿Cuál es el número de quirófanos con los que cuenta el establecimiento?	01 ____ (numero) 02 ninguno 89 no sabe	
p. 25	¿Con cuántos consultorios cuenta el establecimiento?	01 ____ (número) 02 ninguno 89 no sabe	
p. 26	¿Cuántos médicos en contacto con la/el paciente cuenta el establecimiento?	01 ____ (número) 02 ninguno 89 no sabe	
p. 27	¿Con cuantas enfermeras (os) en contacto con los pacientes cuenta el establecimiento?	01 ____ (número) 02 ninguno 89 no sabe	
p. 28	A que año pertenece esta información	01 ____ (número) 02 ninguno	

Comparar el equipo y material básico			
p. 29	¿El establecimiento cuenta con los siguientes materiales o equipo en funcionamiento?	01 estetoscopio 02 otoscopio 03 termómetro 04 bascula para adulto 05 bascula para menores de dos años 06 guantes de látex 07 equipo de sutura o cirugía menor 08 tanque de oxígeno con regulador 09 nebulizador 10 bolsa de reanimación 11 equipo de esterilización 12 equipo de infusión para soluciones intravenosas 13 refrigerador 14 ambulancia u otro equipo de transporte 15 otros 89 no sabe	

Conocer la capacidad de abastecimiento de medicamentos en el establecimiento			
p. 30	¿Cuenta el establecimiento con una farmacia donde se dispensa medicamentos a los pacientes?	01 sí 02 no	
p. 31	¿Se dispone en el establecimiento de una lista de medicamentos básicos?	01 no 02 sí, los promotores de salud son responsables de la selección de medicamentos 03 sí, el director del establecimiento es el responsable por la selección de los medicamentos 04 sí, otra entidad - persona es la responsable por la selección de los medicamentos	
p. 32	¿Usted cree que se dispone actualmente en el establecimiento de medicamentos para un mes?	01 sí 02 no 89 no sabe	
p. 33	¿Usted cree que el establecimiento	01 sí 02 no	

	cuenta con los instrumentos o medicamentos necesarios para atender a la población?	89 no sabe	
--	--	------------	--

Conocer la oferta de servicios del establecimiento			
p. 34	¿Cuál es el motivo de consulta o de atención más frecuente que tiene la población?	Nota: pregunta abierta	
p. 35	15 años atrás, ¿cree usted que los servicios de salud públicos han aumentado o disminuido? ¿por qué?	01 mucho 02 poco 03 nada 89 no sabe	
p. 36	¿Cuál cree usted que es la mejor forma de financiar los servicios de salud?	01 mediante impuestos (la actual) y que cubra a todas las personas 02 que la gente pague los servicios 03 mediante impuestos y el pago de alguna cantidad por parte de la gente	

		04 financiamiento privado (ONG nacional- internacional) 89 no sabe	
p. 37	Pensando en su experiencia como coordinador zapatista, ¿opina que el sistema sanitario público de San Jerónimo Tulijá: cubre todas las necesidades en el plano de salud para la población? ¿por qué?	01 sí, cubre todo 02 cubre las necesidades, pero deberían cambiar algunos aspectos 03 no cubre las necesidades 89 no sabe	
p. 38	¿existe personal disponible para atender a todos los enfermos?	01 si 02 no 89 no sabe	
p. 39	¿Se cuenta con el instrumental necesario?	01 si 02 no 89 no sabe	
p. 40	¿Cuentan con servicio de agua y luz en la clínica?	01 si 02 no 89 no sabe	
p. 41	Desde su punto de vista como	01 falta de personal médico y de enfermería.	

	trabajador de la salud cuáles son las principales carencias que existen la clínica	02 escasez de suministros médicos y medicamentos. 03 problemas en la gestión y organización de la clínica. 04 deficiencias en la infraestructura y mantenimiento de las instalaciones. 05 insuficiente capacitación del personal de salud. 06 otras (por favor, especifique). 89 no sabe	
p. 42	¿Cuáles de los siguientes factores crees que influyen más en la frecuencia con la que las personas recurren a consultas médicas?	01 edad 02 género 03 estado de salud 04 acceso a la atención médica 05 nivel de educación 06 enfoque en la prevención de la salud no sabe	
p. 43	¿En qué fecha comenzó labores la clínica Murcia?		

Muchas gracias, estas fueron las preguntas, pero ¿Existe alguna información importante que no preguntamos y que usted quisiera comentar? (p 44).

¿Usted desea hacerme alguna pregunta relacionada con esta encuesta? (p. 45)

Gracias por su valiosa colaboración. Hemos finalizado la encuesta.

Fotografía 1. Baño, capacitación, cocina, dormitorio, letrina, oficina de la clínica zapatista Murcia, San Jerónimo, Tulijá, Chilón, Chiapas; México



Fotografía 2. Baño del paciente y hospitalización, San Jerónimo, Tulijá, Chilón, Chiapas; México



Fotografía 3. Instalaciones y consultorio de la clínica Murcia, San Jerónimo, Tulijá, Chilón, Chiapas; México



Fuente: trabajo de campo, 2023

Fotografía 4. Retribución social: Cartel donado a la clínica Murcia



Anexo 4. Entrevista semiestructurada a mujeres parteras y fotografías

Entendemos que las palabras pueden ser complicadas, pero queremos escuchar sus experiencias y sabiduría sobre la salud y la medicina no convencional en San Jerónimo Tulijá durante la pandemia. Queremos aprender de ustedes. Aquí están algunas preguntas para conocer sus pensamientos y experiencias:

Introducción:

1. Antes que nada, nos gustaría agradecerles por compartir su tiempo con nosotros.
 - ¿Podrían contarnos cómo ha sido su experiencia en San Jerónimo Tulijá durante la pandemia y cómo ha afectado su acceso a la atención médica ¿Cómo integras los saberes ancestrales de tu herencia indígena en tu práctica de la medicina tradicional?
 - ¿Cómo integras la sabiduría ancestral en tu práctica de medicina tradicional? ¿Qué métodos específicos empleas?
 - ¿Ha enfrentado desafíos al integrar la medicina no convencional en tu comunidad o en un contexto más amplio? ¿Cómo ve que su trabajo contribuye al bienestar y la salud de las personas, tanto dentro como fuera de tu comunidad?
2. ¿Han cambiado los servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social desde que empezó la pandemia? ¿Pueden compartir ejemplos?

Respuesta de los sistemas de salud autónomos y alternos

3. Sabemos que en su comunidad existen sistemas de salud autónomos y alternos. ¿podría compartir su experiencia y conocimiento sobre la Clínica Zapatista Murcia en San Jerónimo Tulijá desde 2007? Comencemos por el principio. ¿Cuál fue la razón o el contexto que llevó a la creación de esta clínica y cómo ha evolucionado desde entonces? ¿Podrían decirnos cómo han respondido estos sistemas ante la pandemia? ¿Cómo calificarían la calidad de atención que han recibido de ellos?

Fuentes de financiamiento

4. ¿Tienen idea de cómo se financian los sistemas de salud en su comunidad? ¿Dónde creen que proviene el dinero para mantener estos servicios de salud?

Contexto histórico de las reformas

5. La historia también juega un papel importante. ¿Han visto si los cambios en la forma en que las clínicas funcionan han hecho alguna diferencia en la salud de la gente del lugar? ¿Cómo conciben la salud?

Impacto del estudio de los sistemas de salud

6. La investigación es una forma de aprender y mejorar. ¿Sienten que el estudio de los sistemas de salud públicos, autónomos y alternativos ha tenido un impacto positivo en la calidad y disponibilidad de los servicios médicos durante la pandemia? ¿De qué manera?

Estrategias para la atención médica en zonas rurales

7. Sabemos que puede ser difícil conseguir médicos y enfermeras dispuestos a trabajar en zonas rurales. ¿Tienen alguna idea o sugerencia sobre cómo podríamos mejorar la atención médica en estas áreas?

Adecuación de sistemas de seguridad social

8. Desde su perspectiva, ¿cuál de los sistemas de seguridad social, que existen en la comunidad ha brindado una atención médica más adecuada en términos de calidad y disponibilidad durante la pandemia?

Impacto en la percepción

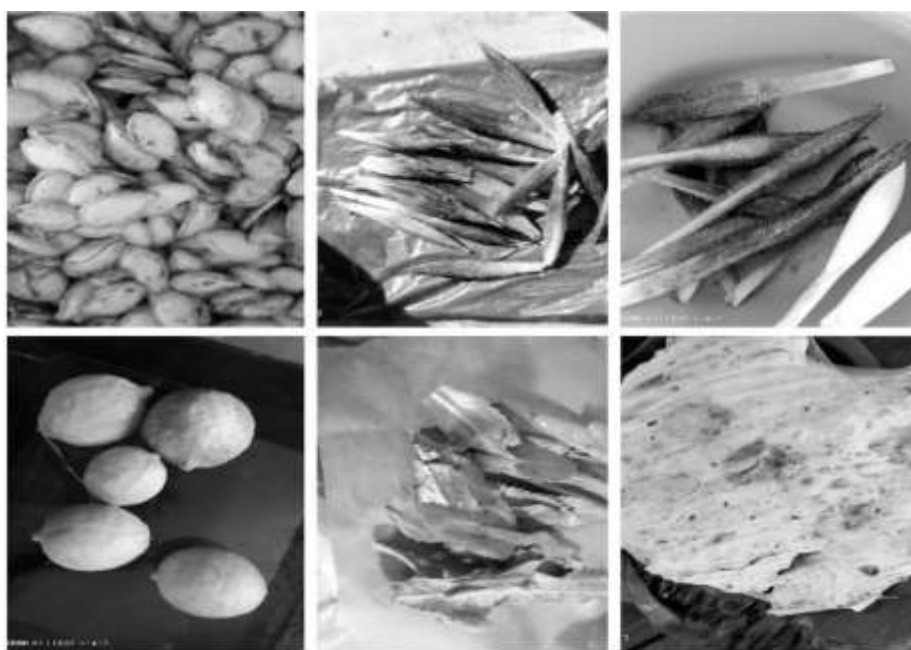
9. Por último, ¿Piensan que la manera en que se ha gastado el dinero público en salud durante la pandemia ha cambiado? La salud es un derecho humano que garantiza el bienestar integral. ¿Cómo perciben ustedes este derecho en su comunidad?

Agradecemos sinceramente su tiempo y las perspectivas compartidas. Su experiencia es clave para mejorar la atención médica en nuestra comunidad, y valoramos enormemente su contribución (en Tik Tok, enlace para ver la retribución social: @leorymv).

Fotografía 1. Practicas ancestrales de parteras en la pandemia



Fotografía 2. Alimentos de la región (infravalorados)



Fuente: trabajo de campo, 2023