

Primeros 30 años de praxis política y social de la medicina en Chiapas: 1964-1994

*Carolina Morales Borrero** / *Juan Manuel Esteban Castro Albarrán*** /
*Oliva López Arellano****

RESUMEN

Esta investigación revisa cómo se configuró la praxis política y social de ciertas experiencias de medicina comunitaria en el sureste de México, entre los años 1964 y 1994, a partir de una reconstrucción colectiva de la memoria histórica. Se describe en tres períodos: la configuración (1964-1980), el proceso de consolidación (1981-1988) y su posterior repliegue (1989-1994). Su base: un estudio histórico social con fuentes primarias principalmente, reconstruye de manera participativa cómo, cuándo, quiénes y por qué se configuró esta praxis política y sus relaciones con la Medicina Social. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a informantes de base en San Cristóbal de las Casas, Comitán y Palenque¹, con registros en distintos formatos que intentan conectar la voz, la mirada y la experiencia de cada

ABSTRACT

This research argues how the political and social praxis of certain community medicine experiences in southeastern Mexico, between the years 1964 and 1994, is shaped by a collective reconstruction of historical memory. It is described in three periods: the configuration (1964-1980), the consolidation process (1981-1988) and its subsequent withdrawal (1989-1994). Its base: a social historical study with primary sources mainly reconstructs in a participatory way how, when, who and why they shape this political praxis and its relations with social medicine. Semi-structured interviews are carried out with basic informants in San Cristóbal de las Casas, Comitán and Palenque, with records in different formats that try to connect the voice, the gaze and the experience of each one with the social body of the communities

¹ Agradecemos a todos los informantes base por contribuir con la formulación y el desarrollo de este trabajo y, especialmente por mantener vigente una praxis política y social en salud en Chiapas.

* Profesora titular de la Universidad Nacional de Colombia. Líder grupo de investigación Salud Colectiva.

** Profesor en el doctorado de Ciencias en Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana – Unidad Xochimilco. Actual coordinador de ALAMES México.

*** Profesora-investigadora de la Maestría en Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, UAM-X.

Fecha de recepción: 14 de junio de 2017

Fecha de aceptación: 29 de agosto de 2017

quien con el cuerpo social de las comunidades (audio, fotografías, audio visuales, bitácoras). Concluye con algunas diferencias y similitudes en el proceso y devenir de estas praxis políticas² por sus condiciones de realización, y a los fines y medios empleados para realizarla en los períodos identificados. En el período de configuración que va de 1961 a 1980, se relaciona políticamente con el primer movimiento médico nacional por la reivindicación de las condiciones laborales de los residentes e internos (1964-1965), el primer Congreso Indígena de Chiapas con respaldo de la Diócesis de San Cristóbal (1974) y, la creciente reunión de grupos de médicos y organizaciones comprometidas con un trabajo en salud y en educación distinto, que busca una vida digna para todos y una sociedad más justa. En el período de consolidación (de 1981 a 1987) se desarrolla una estructura social, democrática y de base comunitaria que funcionó como un sistema local de salud, territorializado, con características sustanciales y resultados efectivos para las comunidades, frente a las críticas situaciones de salud que enfrentaron. Persisten algunos de los componentes esenciales de esa praxis política, pese a la crisis y la violencia estructural neoliberal patriarcal, sexista y colonial instalada en México y en Chiapas entre 1988 y 1994, que contribuye al repliegue de dicha praxis, con consecuencias para la vida y la salud de los pueblos originarios en todo el territorio de la República. En 1994 con el levantamiento zapatista, el EZLN deja planteados grandes cuestionamientos a la sociedad general y se proponen nuevos pensamientos críticos y otras lógicas para

(audio, photographs, audio visuals, blogs). It concludes with some differences and similarities in the process and becoming of this political praxis, due to its conditions of realization, and to the ends and means used to perform praxis, in the periods identified. In the period of configuration from 1961 to 1980, the first national medical movement was politically influenced by the vindication of the working conditions of residents and inmates (1964-5), the first Indigenous Congress of Chiapas with the support of the Diocese of San Cristóbal (1974), and the growing gathering of groups of doctors and organizations committed to work in health and in different education, seeking a dignified life for all and a more just society. In the period of consolidation (from 1981 to 1987) a social, democratic and community-based structure was developed that functioned as a local health system, territorialised with substantial characteristics for communities and effective results, against the critical health situations that they faced. There remain some of the essential components of this political praxis, despite the crisis and patriarchal, sexist and colonial neoliberal structural violence installed in Mexico and in Chiapas between 1988 and 1994, which contributes to the withdrawal of this praxis, with consequences for life and the health of native peoples throughout the territory of the Republic. In 1994 with the Zapatista uprising, the EZLN leaves big questions to the general society and propose new critical thoughts and other logical ones for the political praxis that arise from there onwards. In that same year, ALAMES points out ways and possibilities at the 6th Latin American Congress

² La praxis política, se entiende, más que una capacidad o competencia intelectual de un individuo o de una institución, como el conjunto de procesos y resultados de la agencia y/o las luchas conceptuales, ideológicas y prácticas, motivadas por un fin: un modo de vivir en una sociedad más justa. Esta praxis adquiere sentido y materialidad cuando se constituye por un poder que no puede ser reducido al activismo, ni al poder por el poder mismo, sin realizar las acciones que justifican el fin y el medio empleado para alcanzarlas (Múnera, 2005; Sánchez, 1969).

las praxis políticas que surgen de allí en adelante. En ese mismo año, ALAMES señala caminos y posibilidades en el 6° Congreso Latinoamericano y 8° mundial de Medicina Social realizado en la ciudad de Guadalajara. Queda pendiente realizar el análisis sobre la actualidad de estas praxis políticas, y sus cambios después de 1994.

PALABRAS CLAVE: Praxis política, Medicina social, Chiapas, Salud Colectiva, Salud Pública, Desarrollo.

and 8th World Social Medicine held in the city of Guadalajara. It remains to be done analysis on the actuality of these political praxis, and its changes after 1994.

KEYWORDS: Political Praxis, Social Medicine, Chiapas, Collective Health, Public Health, Development.

La memoria histórica es necesaria para comprender las relaciones entre quienes hicieron del territorio un espacio social y colectivo y, continuar la construcción de caminos de emancipación.

Configuración de una praxis política y social en la medicina mexicana: 1964 - 1980

La configuración de una praxis política en la medicina mexicana en esta época inicia con el surgimiento de las primeras organizaciones de médicos que pretendían transformar las dinámicas institucionales que afectaban sus condiciones de trabajo y la prestación de servicios públicos de salud: el movimiento nacional de médicos trabajadores de instituciones públicas de la seguridad social mexicana³. Este movimiento constituye la Asociación Mexicana de Médicos Residentes e Internos (AMMRI) entre 1964 y 1965 (Archundia, 2011), y alienta el encuentro de estudiantes de medicina, médicos críticos y otros agentes del campo sanitario, así como la discusión sobre esquemas de servicios que debían ir más allá de la atención

convencional de la enfermedad por parte de los médicos, para hacer una praxis político social en salud que mejorara las críticas condiciones de vida, con el persistente esfuerzo autogestivo de las comunidades de origen, el aporte de otras disciplinas no médicas y de diversas organizaciones no corporativizadas al aparato gubernamental.

La AMMRI reúne un total de 24 550 médicos en todo el país, de los cuales 3800 eran residentes e internos, que organizan y llevan a cabo cuatro paros entre los años 1964 y 1965 con logros importantes, aunque insuficientes, para la crítica situación de salud y de desempleo de los trabajadores de la salud de México.

Este movimiento médico no puede ser entendido sin considerar, las condiciones sociales y políticas de atraso y de marginación prevalecientes en el

³ Cruz Ruiz Miguel. El movimiento médico de 1964-1965. Breve sinopsis histórico descriptiva. Material de trabajo, parte de la biblioteca personal del Dr. Cruz. Agradecemos la gentileza del Dr. Cruz.

país en vastas regiones rurales (especialmente las indígenas), así como la lucha por las libertades democráticas y derechos de trabajadores expresadas en los movimientos ferrocarrilero, magisterial, campesino y otros, a finales de los años 50, que además de intentar sacudirse y confrontar el yugo del corporativismo impuesto por el partido único en el poder (Partido Revolucionario Institucional, PRI), pugnaban por el cumplimiento por parte del grupo hegemónico gobernante de las garantías sociales e individuales enarboladas durante la Revolución Mexicana, y que habían quedado plasmadas en la Constitución de 1917.

Mediante un decreto presidencial, el movimiento logra el mejoramiento de las condiciones de trabajo de médicos internos (pregrado), se aumentan las becas para residentes y el salario de médicos con empleo de tiempo completo. Sin embargo, las demandas políticas de fondo quedan insatisfechas. Al mismo tiempo, al interior de las instituciones públicas de salud se llevan a cabo represalias selectivas.

Algunos médicos con destacada participación en la AMMRI, inspirados en diversos procesos revolucionarios que se desarrollaban en ese momento en América Latina, África y Asia, se radicalizan y deciden integrar el Movimiento Revolucionario del Pueblo (de carácter clandestino e insurgente), el cual es rápidamente infiltrado por agentes gubernamentales, y son encarcelados sus dirigentes por 6 años en la prisión de Lecumberri, entre 1966 y 1972, la represión por parte del Estado deja sin respuesta los problemas planteados por los estudiantes y los trabajadores del sector. El régimen político pospone indefinidamente las exigencias de salud por parte de las comunidades marginadas de México⁴, mostrando una vez más su incapacidad

para transformarla salud más allá del modelo de desarrollo impuesto en varios países de América Latina por la Alianza para el Progreso impulsada por el gobierno de los Estados Unidos pos revolución cubana.

La configuración de esta praxis se cataliza en un ambiente político de cambio y de resistencia en toda la región, cuando se agudizan las luchas frente a las dictaduras de Brasil, Perú y Bolivia, crece el temor a la expansión revolucionaria desde Cuba; el triunfo de Allende en la presidencia de Chile y los movimientos estudiantiles de México, Argentina, Colombia, Brasil, Francia y USA, generan preocupaciones en los gobiernos. En México la represión del Estado y del poder político-militar se agudiza, y se produce la masacre contra de los estudiantes en Tlaltelolco en el año 1968. Los movimientos guerrilleros de Gamiz, en Chihuahua y de la Asociación Cívica Nacional Revolucionaria, en Guerrero (fundada por el maestro Genaro Vázquez) son reprimidos también.

El presidente Luis Echeverría⁵ (1970-1976) mantiene el modelo de desarrollo derivado de la Alianza para el Progreso, que subordina la producción campesina y privilegia la agroindustria y la industrialización urbana a costa del desplazamiento forzado de los campesinos indígenas hacia las periferias rurales y suburbanas mexicanas; se impone una frontera territorial a los campesinos indígenas mayas (ch'oles, tojolabales, tzeltales y tzotziles) de Chiapas despojándolos de sus tierras, así como "Brecha Lacandona", que materializa este despojo mediante decreto Presidencial y fortalece la propiedad privada de la tierra, adjudicando 614 mil hectáreas de selva chiapaneca a 66

4 Ver el Documental la Revuela de las batas blancas presentado en el Fes-

tival Internacional de Cine Documental de la Ciudad de México <https://www.youtube.com/watch?v=8fcYUzR0Vmo>.

5 Miembro del Partido Revolucionario Institucional "PRI"

familias lacandonas. El desarrollismo norteamericano, en pleno auge, logra implantar un esquema de progreso basado en el crecimiento económico de la industria en las urbes, sostenida con los ingresos generados por la obligada incorporación de los campesinos al mercado y el aumento de su productividad (Hendel, 2011). Crece el desempleo rural y la migración masiva del campo a la ciudad, empeoran las condiciones de vida y la productividad, y a pesar de las masivas resistencias a esta política, el gobierno la impulsa y la impone a todo el país. Este conflicto, aún sin resolver, afecta las condiciones de vida de los indígenas y de los campesinos por la pérdida de soberanía alimentaria y el desplazamiento cultural y agrario dentro de los pueblos indígenas originarios. Con éste, nacen también diversas organizaciones y asociaciones sociales en el campo, que unos años más tarde se incorporan a las propuestas de autonomía del EZLN como la Asociación Rural de Interés Colectivo Unión de Uniones, ARIC.

La política gubernamental de los años 70 sobre el territorio de la selva chiapaneca en la frontera sur de México promueve la explotación maderera y acuífera de la zona, y la ganadería extensiva, convoca a diversos actores con efectos y consecuencias inesperadas. El desconocimiento del uso y propiedad colectiva y ejidal de la tierra, baluarte de la revolución mexicana de principios del siglo XX, permite la instalación del usufructo agrario individualizado, con diferenciación social de las comunidades, e impone formas de violencia estructural que profundizan las desigualdades socio-sanitarias y agravan los daños a la salud en la selva, que se expresan en los cuerpos de las comunidades, estudiados cuidadosamente por los modelos médicos comunitarios y documentados en los perfiles epidemiológicos que se realizan en Chiapas por los profesores y los pasantes del Instituto Politécnico Nacional (IPN), de la Universidad

Nacional Autónoma de México (UNAM) y de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM-X) que llegan a la zona. La naciente Medicina Social mexicana aporta nuevas herramientas, valiosas para leer e interpretar esta compleja realidad social de las comunidades.

En 1974, los pueblos indígenas organizados realizan el Primer Congreso Indígena, bajo el lema “Igualdad en la diversidad” convocados por la Diócesis de San Cristóbal de las Casas, se reúnen más de 500 delegados de cuatro de los principales Pueblos Indígenas de Chiapas (Ch’ol, Tzeltal, Tzotzil y Tojolabal), analizando y discutiendo los principales problemas que les aquejan: tierra, educación, salud y economía. Este congreso constituye en sí mismo una raíz organizativa del movimiento indígena de Chiapas y del propio EZLN.

Confluencia de nuevas concepciones de salud y modelos médicos

Los modelos médicos que confluyen en Chiapas, van llegando paulatinamente desde 1974; en México en ese año ocurren cambios destacados en la formación de recursos humanos en salud, debido al aumento de la oferta de instituciones universitarias y de recursos para la investigación. Se destacan al respecto tres universidades públicas y sus propuestas innovadoras de formación médica. El Instituto Politécnico Nacional, la Universidad Autónoma Metropolitana y la Universidad Nacional Autónoma de México. El IPN, crea un Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud (CICS) con fundamento en un modelo de formación de medicina integral. La UAM-X se funda ese mismo año con un modelo de educación superior que innova, tanto en su esquema modular y en la pedagogía basada en problemas, como en el esquema de salud, pues propone contribuir al desarrollo de la metrópoli mediante aportes a la

solución de los problemas de salud de las zonas donde se ubican las unidades de la Universidad. El “Modelo Xochimilco” plataforma pedagógica de la unidad Xochimilco, se enfoca en la enseñanza de las ciencias de la salud y da lugar a la apertura del primer posgrado en Medicina Social⁶ (Jarillo y Granados, 2016). La UNAM, propone una modificación del curriculum de medicina para acercarse a la formación en Medicina General Integral, con el Plan A36 (Ruiz et al., 1983).

Esquema de Medicina Comunitaria del IPN -praxis político social

El “Esquema de Medicina Comunitaria” de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, IPN⁷, creado en 1973 en San Pedro Xalpa, Delegación de Azcapotzalco, CDMX, hace énfasis en una atención médico familiar integral, derivada de la influencia de la medicina cubana, por parte de algunos de sus profesores; a este esquema se suma un componente de educación popular, elaborado y dirigido a formar promotores de salud, que articula actividades de docencia, servicio e investigación, con soporte de los internos y los pasantes de medicina. Entre sus objetivos el IPN forma personal médico con capacidad de proponer alternativas médicas viables, realiza trabajo interdisciplinario y coordina acciones con

6 La medicina social de América Latina había surgido como parte de un programa de desarrollo de recursos humanos de América Latina en OPS, propuesto por Juan César García quien trabajaba allí desde 1967, publica en 1972 “La educación médica en América Latina” y promueve la Reunión de Cuenca I en Ecuador, que discute la relación entre Ciencias Sociales y Salud (Galeano et al., 2011), con la participación de destacados maestros, como María Isabel Rodríguez, ex decana de la facultad de medicina de la Universidad del Salvador, quien sale exiliada por la intervención militar y llega a OPS a trabajar con García.

7 El Instituto Politécnico Nacional y su Escuela Superior de Medicina Rural, fueron creados por el presidente Lázaro Cárdenas en 1936 y 1938, respectivamente, con el fin de establecer una estrategia de soporte al desarrollo de su programa político. La ESMR cambia de nombre posterior al movimiento médico de 1964 debido al desprestigio del término “rural” dentro del gremio.

entidades encargadas del desarrollo del servicio rural regionalizado al sureste de Chiapas con la Secretaría de Salud y la Dirección General de servicios médicos (Cruz, 1975), (M. Cruz, comunicación personal, 23 de enero de 2017).

La praxis política de la medicina del IPN se consolida más adelante con el proceso de desarrollo y la puesta en práctica del Plan Tojolabal⁸ (1974) y posteriormente con el Plan de la Selva (1980), ambos derivados del Modelo San Pedro Xalpa, que hace énfasis en un esquema de desarrollo rural integral opuesto al modelo de desarrollo del gobierno. El Plan Tojolabal, primera posibilidad de acceso real a servicios de salud para comunidades tojolabales, se desarrolla en el Municipio de las Margaritas-Chiapas con pasantes de medicina del IPN en servicio social, y quienes, desde el año 1981, suman esfuerzos con pasantes de enfermería, medicina y agronomía para desarrollar una práctica distinta, de medicina integral de base comunitaria con componentes curativos, de prevención y de APS. Para ello establecen una relación importante con el Hospital de Comitán, pionero en el servicio con proyección a la comunidad desde el año 1974, gracias al decidido impulso de Roberto Gómez Alfaro, Director del Hospital de Comitán y de Ernesto González de la Torre, subdirector de esta misma institución, quienes diseñan y conducen el proyecto “Hospital con proyección a comunidad”. Este Hospital busca un servicio de salud humanizado e integral dirigido a las comunidades originarias y a consolidar una red de servicios de salud (R. Gómez, comunicación personal, 17 de enero de 2017) articulada a algunas

8 El Plan Tojolabal (1976 – 1993) se define como un modelo experimental de medicina comunitaria para el servicio social de los médicos, que intenta integrar al médico con la comunidad mediante elementos de sociología y antropología médicas. Reúne a su vez los objetivos institucionales del IPN y la respuesta a las necesidades de salud de las comunidades (Cruz Ruíz Miguel y colaboradores, 1975). Material obtenido de la Biblioteca personal del Dr. Cruz Ruíz.

instituciones del sistema de salud existentes, para cubrir las necesidades del primer nivel de atención y dar continuidad asistencial, sin “aduanas sanitarias”. El Plan de la Selva por su parte, retoma los avances del Plan Tojolabal, dándole continuidad en el territorio de la selva de Las Margaritas.

Esquema de formación médica de la UAM - X Praxis político social

La praxis política de la Medicina Social en Chiapas se desarrolla activamente desde el año 1982, con base en el programa regionalizado de servicio social de la licenciatura de medicina de la UAM y otros programas del Departamento de Atención a la Salud (DAS), bajo la jefatura de Catalina Eibenschutz⁹ y la coordinación general de servicio social encabezada por José Blanco Gil¹⁰. Este programa se articula estrechamente con la Secretaría de Salud de Chiapas, con la asesoría regional de Maribel Fragozo quien apoyaba el Proyecto Educativo en Salud Comunitaria (PESC) en la zona, desde el año 1975. Este PESC recoge varias propuestas de la organización Unión de Ejidos Quiptik Ta Lek'ub Tesel.

El trabajo regional posibilita la permanencia de médicos-pasantes y varios de ellos, al concluir su formación, permanecen en la zona. Un grupo de ellos forma la asociación de Promotores comunitarios de la Organización Salud y Desarrollo Comunitario de Chiapas “SADEC” y surge el Comité Regional sobre Experiencias de Base en

9 Es médica cirujana por la Universidad Nacional Autónoma de México, especialista en endocrinología por la Universidad de La Habana. Jefa del Departamento de Atención a la Salud 1982-86, profesora de licenciatura y de las Maestrías en Medicina Social y Desarrollo Rural.

10 José Blanco Gil, médico cirujano, maestro en Salud Pública por el Instituto de desarrollo de la salud de la Habana, Cuba. Coordinador general de servicio social de medicina 1982-1985 y Jefe del Departamento de Atención a la Salud 1995-1999, profesor-investigador de la Maestría en Medicina Social.

Salud “CESC” como parte de la organización comunitaria con sustento y apoyo del SADEC y del boletín “El informador comunitario”, órgano de difusión del trabajo del Comité que contribuye a consolidar esta organización.

La UAM-X contribuye desde el año 1975, con una maestría en Medicina Social caracterizada por la formación del talento humano con una praxis política y social de la salud basada en el análisis de los problemas de salud enfermedad con soporte en herramientas de las ciencias sociales. Su quehacer apunta a la comprensión de la determinación de los procesos de salud, enfermedad y atención para su transformación e incidir sobre la economía y la política. En 1978 se difunden sus primeras publicaciones sobre la Medicina Social Latinoamericana (Laurell, 1978; Jarillo et al., 1997), y desde la UNAM se aportan algunas investigaciones que formarán parte de la propuesta de Medicina Social de la UAM bajo el título: Medicina Economía y Política (UNAM, 1976).

En el territorio de Chiapas esta praxis propone diagnósticos de la situación de salud que reconstruyen los perfiles socio-epidemiológicos regionales para identificar las enfermedades ocasionadas por las precarias condiciones de vida, de trabajo y por las condiciones socio ambientales. Se desarrolla un proyecto de investigación sobre prevalencia y control de la tuberculosis pulmonar en la selva lacandona, que fue central por su articulación con el Programa de salud rural comunitaria del Instituto Nacional Indigenista INI y las unidades de salud de las jurisdicciones sanitarias de la zona¹¹. En estos trabajos se plantean los límites de la

11 Se estudió también la prevalencia de la Tuberculosis pulmonar en alianza con la Secretaría de Salubridad y Asistencia de Palenque. Los resultados se entregaron al Programa Nacional Contra la TBC, y se empezó control de la Tuberculosis pulmonar en Palenque con un descenso importante en las tasas de esta enfermedad (Emrich et al., 1986).

intervención de la medicina convencional sobre las causas de enfermedad y muerte, en tanto su origen está en los procesos sociales de explotación, discriminación y dominación a los cuales habían sido sometidos los pueblos indígenas de la región (Blanco, 1996; Heredia, 2009).

En el año 1993 el Programa de pasantes se amplía para incluir pasantes de estomatología. Dos años después del levantamiento zapatista de 1994, en el año de 1996, el Programa es reforzado con la creación del Programa de Investigación Interdisciplinaria de la UAM “Desarrollo Humano en Chiapas” (O. López, comunicación personal, 24 de febrero de 2017).

De esta forma la investigación de la UAM en Chiapas cualifica la información existente de la Secretaría de Salud de Chiapas y propone herramientas nuevas para intervenir y transformar estas realidades, con aportes fundamentales de los posgrados de Desarrollo Rural y Medicina Social y el concurso de profesores, estudiantes de posgrado y pasantes de la UAM unidad Xochimilco.

Modelo de la medicina liberadora. La praxis político social de la iglesia católica y de la teología de la liberación

Al inicio de la década de los 70 del siglo XX, en Centroamérica, muchos de los grupos de desarrollo comunitario ligados a comunidades eclesiales de base católica, iglesias históricas protestantes y otros originalmente amparados en proyectos de la Alianza para el Progreso, se habían fortalecido ideológicamente y desarrollaban una práctica comunitaria muy sólida. La identificación de problemas y prioridades similares, derivada de una desigualdad social común, facilitó el intercambio regional de experiencias. A ello se sumó la publicación del libro “Donde no hay Doctor” de David

Werner, que proporcionaba una guía para la formación de promotores de salud en aspectos básicos de atención de enfermedades y padecimientos frecuentes en las zonas rurales. Paulatinamente se da lugar a la formación de movimientos diversos que agrupan las experiencias y facilitan el intercambio de conocimientos y prácticas, así como a la elaboración y distribución de materiales educativos y tecnologías médicas de bajo costo. En 1975, con base en los vínculos entre los dirigentes de algunos de los programas de salud popular de la región y bajo el auspicio de Catholic Relief Services, se crea el Comité Regional de Promoción en Salud Rural para Centroamérica, México y el Caribe, con lo que, se instala una instancia de coordinación e intercambio de experiencias de lo que se denominó “salud popular” (Cabrera, 1995). El Comité Regional elabora a su vez un boletín de información periódica “El informador comunitario” que permite mantener comunicación entre programas aislados y dispersos. Además promueve la realización de encuentros de intercambio entre países. El Comité Regional resulta de gran importancia en Chiapas, por su soporte en las organizaciones de base y en organizaciones de la iglesia católica y la teología de la liberación. La iglesia y la teología de la liberación tenían un espacio amplio de desarrollo e interacción con las comunidades desde finales de los años 60, gracias al trabajo realizado por el obispo de San Cristóbal de las Casas, Don Samuel Ruíz, quien apoyó la educación popular y la salud popular, mediante formas de organización comunitaria, programas de salud y de formación de promotores, vinculados con instituciones de atención tales como el Hospital de San Carlos de Altamirano, la Orden de las hijas de la caridad de San Vicente de Paul de los Altos de Chiapas desde el año 1977, y el Hospital de Ibarra creado en 1988, el cual fue destruido por las fuerzas militares contrainsurgentes en el año 1994.

El Comité Regional promueve la creación de asociaciones colectivas de experiencias en cada uno de los países. Así, en 1978 surge en Guatemala la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA) y en México, el primer Movimiento Nacional de Salud Popular que en 1980 reúne a las diversas organizaciones no gubernamentales actuantes en el campo sanitario, promotores de salud y trabajadores de servicios de atención médica de Chiapas y de otros estados de la República para impulsar el intercambio de experiencias y el trabajo colectivo en salud (A. Sanginés, comunicación personal, 16 de febrero de 2017). Las escasas diferencias entre la praxis político social de la medicina popular de la Iglesia y la Teología de la liberación, radican en su idea de liberalizar mediante los valores y designios católicos o mediante un trabajo social emancipador. La primera conserva los principios religiosos y la segunda estimula la liberación mediante fuerzas que incluyen a otros agentes comunitarios cuya espiritualidad no está necesariamente dentro de la religión o el dogma teológico.

Modelos de las Medicinas indígenas-Medicinas paralelas, praxis político social

Desde el siglo XIX los indígenas habían sido ilegalmente despojados de sus tierras y de las posibilidades de ser integrados a la nación como pueblos originarios. Siempre fueron percibidos como un problema para la nación, incluso durante el período de la revolución mexicana, cuando se les impone mexicanizarse; en el gobierno de Cárdenas la situación no es distinta, porque se establece una política de integración de los indígenas al Estado a través de la propiedad ejidal, la educación y los servicios de salud rural. En los años 70 se reconoce la importancia de atender la salud de los campesinos e indígenas, pero desde una idea utilitarista que los excluye de las políticas

de bienestar. El mismo Instituto Nacional Indigenista (INI) desde su creación en 1948, se opone al desarrollo de la medicina indígena al asociar la magia y la religión con nociones premodernas que era necesario erradicar. En el mismo sentido, los médicos occidentales se oponen a los curanderos al verlos como un obstáculo al progreso médico (Page, 2002).

Durante el gobierno priísta de López Portillo (1976-1982), en 1977 se abre la discusión sobre una política de derechos humanos y al pluralismo étnico. La importancia de la medicina indígena es reconocida desde 1974 por el director de la OMS, aunque nuevamente bajo una idea utilitaria de ampliar las coberturas en salud. La propuesta de Alma Ata incluye a los médicos tradicionales indígenas como parte del equipo de salud¹². El Programa IMSS-Coplamar a través de sus unidades médico-rurales (UMR) extiende la cobertura hacia población campesina e indígena; sin embargo, se trata de una política de carácter integracionista, que no valora la medicina indígena ni las dificultades para dar continuidad a la atención en unidades rurales en zonas indígenas. En ese marco, en 1979 se crea un programa denominado Medicinas Paralelas en San Cristóbal de Las Casas por parte del INI, con el propósito de facilitar el desarrollo de distintas instituciones de medicina indígena, tales como herbolarias, farmacias, museos, encuentros de médicos tradicionales y, se crea también, el Comité Nacional de Medicina Tradicional encargado de relacionar la medicina indígena con la medicina occidental a través de la Atención Primaria a la Salud (Page, 2002).

¹² Page Jaime. Política sanitaria dirigida a los pueblos indios. pp. 3-6 López Oliva. Memorias del seminario de política sanitaria. San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

A mediados de los años 80 la crisis del petróleo y los acelerados cambios hacia una subordinación de los modelos de desarrollo al capitalismo neoliberal, favorecen que en salud se pierda esencia de la Atención Primaria a la Salud (APS), su contenido participativo e integral y se reduce a la modalidad de atención salud selectiva y/o de acciones básicas para población pobre. Cabe recordar los cambios en las políticas de salud desde 1979, cuando en Belagio, Italia, UNICEF reduce los alcances de la APS creando el concepto de APS selectiva con respaldo del Banco Mundial y del FMI.

En Chiapas se reúnen varios elementos de la medicina que favorecen su praxis político social: los procesos de marginación de pueblos indígenas, principalmente Tzeltal, Tzotzil y Tojolabal de Chiapas, la situación de pobreza generalizada, la confluencia de diversos modelos de atención integral que cuestionaban la medicina convencional e impulsaban un compromiso social y profesional con los indígenas, la participación de pasantes en servicio social, profesores-investigadores, asesores, promotores comunitarios y estudiantes de posgrado. Estos elementos catalizan la configuración de una praxis político social de la medicina mexicana que responde a las necesidades en salud, educación, vivienda, alimentación y trabajo de poblaciones históricamente excluidas. El respaldo de la iglesia, de la teología de la liberación y de las organizaciones comunitarias al desarrollo de estos modelos, contribuye a impulsar una praxis sanitaria transformadora que lucha por la vida digna y la salud. Ello habrá de contribuir para responder a la erupción del volcán Chichonal en 1982 y con ello la llegada masiva de víctimas y refugiados guatemaltecos en 1983, en el marco de la política de tierra arrasada del gobierno de este país vecino en Centroamérica.

Los matices y diferencias entre estas praxis dependen de los agentes involucrados, y sus trayectorias político-académicas, de las condiciones para la realización de dichas praxis, de los valores y dinámicas establecidas con las poblaciones locales, con los esfuerzos de autogestión y de organización comunitaria existentes en Chiapas, todo lo cual da lugar a una gama de propuestas y de praxis política de Medicina Social, medicina comunitaria e indígena.

Los tempranos desarrollos de esta praxis político social de la medicina y las nuevas perspectivas de la salud mexicana obedece también a que México es el primer país de la región que se propone ofrecer una formación integral de pregrado en medicina (modelos ya señalados del IPN, UNAM, UAM) y un posgrado en Medicina Social que nace dentro de un proyecto pedagógico innovador (el modelo Xochimilco), alentado por un grupo de pensadores críticos que en ese momento ocupaban cargos estratégicos en la OPS; al conjunto de intelectuales conocedores de la Medicina Social europea y activistas sanitarios que llegan a México exiliados por los golpes de estado en el Cono sur, tras el derrocamiento y muerte del presidente chileno Salvador Allende en 1973 (Jarillo y Granados, 2016).

Por otra parte, los centros de educación de la ciencia médica convencional estaban en otro debate: en Canadá, Marc Lalonde publica el informe de la salud de los canadienses en 1974, el cual constituye una propuesta central sobre las múltiples causas de enfermedad y muerte, añade varios factores causales de daño a la salud. En Colombia (Vasco, 1978, 1987) Venezuela, Guatemala y México se adelanta un movimiento mundial de salud que busca la formación de agentes promotores de la salud en las mismas comunidades de origen, con tal fuerza que la movilización debe ser reconocida

por la OMS, y da lugar a un capítulo de salud comunitaria distinta a la medicina comunitaria derivada del enfoque preventivo de los Estados Unidos de Norteamérica, y que antecede a la propuesta de organización comunitaria integrada a la Atención Primaria en Salud de Alma Ata en 1978.

Consolidación de la Praxis Político y social de la medicina: 1981-1987

Entre 1982 y 1988 el cambio de gobierno encabezado por Miguel De La Madrid, quien representa a la tecnocracia neoliberal dentro del PRI, impulsa la apertura económica, la descentralización, la simplificación administrativa y la privatización de empresas estatales. Para Chiapas se impulsan dos Planes específicos que constituyen la respuesta tecnocrática del presidente para el control del territorio y de la población, con el fin de cooptar la burguesía propietaria de la tierra: el Plan Chiapas y el Plan Sureste; ambos dirigidos a establecer medidas de seguridad y defensa del Estado bajo la lógica neoliberal. El conflicto por la tierra entre cafeteros y ganaderos, que sumado a la amenaza de la migración de población guatemalteca por la guerra y los conflictos entre indígenas y campesinos, justifica la presencia de militares, quienes a nombre del gobierno federal expresan apoyo al gobierno local para el control del territorio, imponen el control en la zona y facilitan la persistencia del PRI en el poder para evitar las demandas y conflictos por la repartición de tierras desde la ARIC. En este gobierno de carácter abiertamente neoliberal, la medicina indígena se inserta al modelo de desarrollo, bajo la tutela de una medicina hegemónica acreditada por indicadores de efectividad, bajo el discurso de la APS selectiva. Nuevamente los pueblos originarios son excluidos de la cultura nacional, a menos que asuman las normas legales del estado en materia de salud. Esto conlleva a la separación

entre indígenas y campesinos en el año 1983, bajo el régimen político del gobierno de turno.

La consolidación de la praxis político social de la medicina en Chiapas ocurre en este marco, con la puesta en vigor de una forma de organización social de base comunitaria, cuyas relaciones entre las comunidades indígenas existentes se caracterizan por ser solidarias y por mantener ese carácter en la medida en que se va construyendo el territorio colectivo con nuevas comunidades. Estos desarrollos comunitarios permiten operar sistemas locales de salud constituidos con prácticas médico familiares, en unidades médico rurales, campamentos, casas de salud y hospitales de 1er. nivel (Comitán y Palenque) y de 2o nivel (en Altamirano), (C. Mesa, comunicación personal, 22 de enero de 2017) de gran efectividad. Se destaca el respaldo y aportes de los promotores de salud y de las parteras, tanto en los espacios comunes compartidos de forma democrática, como en las casas de salud, organizadas, como parte de esta experiencia (L. Aquino, comunicación personal, 16 de enero de 2017). La formación y multiplicación de promotores se hace posible con apoyo financiero de fuentes nacionales e internacionales, de esa forma se apropian herramientas de la praxis política médico social para orientar las pautas a seguir tanto al interior de las comunidades como con otras comunidades (M. E. Álvarez, comunicación personal, 12 de enero de 2017; M. Arana, comunicación personal, 25 de enero de 2017); todas las prácticas médicas avanzan en la comprensión de la cosmovisión médica indígena, a partir de la comprensión de la lengua (Tzeltal y Tojolabal) y de las prácticas tradicionales de los promotores, con lo cual se impulsa la atención de problemas colectivos de salud y la expansión de este modelo local de atención a otras regiones de México (J. M. Castro, comunicación personal, 26 de enero de 2017; A. Sanginés, comunicación personal, 23 de

enero de 2017; C. Mesa, comunicación personal, 22 de enero de 2017). No obstante, la duración de este período no permite la incorporación sustancial de la medicina indígena al sistema de salud y la consolidación de un modelo de salud o de medicina intercultural en Chiapas.

A esta praxis política, se suma una medicina novedosa para la región, la medicina institucional del IMSS-Coplamar (que posteriormente cambia de nombre por IMSS-Solidaridad, IMSS-Oportunidades, IMSS-Progresá e IMSS-Prospera durante cada nuevo gobierno), la cual llega a Chiapas desde el año 1981 e inicia la construcción de unidades médico rurales en la zona (J. Heredia, comunicación personal, 2 de febrero de 2017), sin alcanzar una cobertura superior al 44% de la población, por lo cual se le califica de baja cobertura si se le contrasta con las que alcanza en las entidades federativas del norte o centro de la república. Su limitado impacto en Chiapas se debe a la ausencia de una política pública de salud efectiva y sin exclusiones, por parte del Estado, pues pese al apoyo financiero proveniente de las deudas adquiridas por el gobierno con soporte en el petróleo mexicano, a la coordinación con las instituciones de salud existentes y a las praxis médicas existentes, no se formula una política pública que resuelva las necesidades en salud de la población.

En 1982 se inicia la extensión del servicio social de pasantes de medicina de la UAM-X¹³ a Palenque y Ocosingo en articulación con los centros de salud de la jurisdicción sanitaria correspondiente

(Heredia, 2009). El énfasis del programa en la investigación permite ofrecer información valiosa para la programación local de servicios de salud (Blanco, 1982), de forma que a la llegada de los refugiados de Guatemala por la erupción del Volcán “El Chichonal”¹⁴, se impulsa un trabajo colectivo mediante el reparto de trabajo por zonas y campamentos. El soporte de la atención de urgencias y la atención general se logra instalar así en el territorio de la frontera en todos los campamentos de refugiados, mediante la coordinación de un Modelo de Atención común, basado en promotores de salud y parteras capacitadas, con apoyo del personal del Hospital de Comitán, del Proyecto de Nutrición del INNSZ, de la Diócesis de San Cristóbal y los grupos de la comunidad organizada de Guatemala y de México. El gobierno rechaza oficialmente la intervención de tales grupos de las comunidades, alegando protección de la seguridad nacional, por lo que se establecen tensiones entre la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados “COMAR” de la Secretaría de Gobernación y las organizaciones civiles de ayuda. El ejército guatemalteco reacciona con nuevas incursiones armadas y bombardeos de campamentos de refugiados en territorio mexicano.

El Comité Regional de Salud Rural para Centroamérica, México y el Caribe, con la idea de promover la creación de una asociación de grupos, similar a ASECSA en México, facilita la creación en 1986 del Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos (CCESC) en Chiapas. Con éste se inicia la elaboración del Boletín Mensual Pensamiento en Salud, como órgano de difusión

13 El Programa de servicio social regionalizado del Departamento de Atención a la Salud de la UAM-X es un modelo de integración docencia-investigación y servicio, con la participación de asesores radicados en las zonas. El programa inicia en los estados de Veracruz, San Luis Potosí, Chiapas, Guerrero y Sonora y en la ciudad de México se impulsa el servicio social en industria (DAS, 1982).

14 Erupción del Volcán Chichonal en el norte de Chiapas, marzo de 1982. Cerca de 35 mil indígenas zoques son afectados, sin embargo, se desconoce la cifra de muertos, se calcula alrededor de 10 mil muertos. Desaparecen dos municipios del estado de Chiapas: <http://www.horacero.com.mx/nacional/erupcion-del-chichonal-historia-de-desplazamiento-zoque/> (Consulta 12 de junio de 2017).

del CCESC, que se mantendrá de forma ininterrumpida durante dos años, circulando entre los diversos grupos de salud en Chiapas (M. Arana, comunicación personal, 17 de enero de 2017).

Todas estas herramientas permitieron atender con urgencia y efectividad la compleja crisis en salud, y por ende, desarrollar capacidades para visibilizar en forma contundente el origen económico y socio-político de la desigualdad social que afecta esta zona del país. Estos modelos de trabajo en salud se difundieron en la región, consolidándose con el conjunto de pasantes en servicio social, médicos comunitarios, promotores, terapeutas tradicionales y parteras, fortaleciendo el quehacer de las casas de salud y de los sistemas locales (Blanco et al., 1996).

Por su parte la iglesia católica apoyó la realización de la Asamblea del Movimiento Nacional de Salud Popular, en Ixmiquilpan, Hidalgo, en 1983, donde se decide la creación de un centro de Promoción de Servicio en Salud y en Educación Popular “PRODUSSEP” para apoyar a los grupos de salud popular en la adquisición de materiales educativos, de medicamentos y en la formación de promotores. En 1987 se lleva a cabo el Primer Taller de Educación Popular para grupos de salud en Chiapas, con la participación de 25 grupos de salud y diversas organizaciones no gubernamentales bajo el auspicio de PRODUSSEP y del CCESC. Como resultado, se funda en San Cristóbal de las Casas la regional sureste de PRODUSSEP; un año después en 1988 se crea el Boletín de la regional sureste de PRODUSSEP llamado: “La salud por el

pueblo”, del cual solo se publican tres números (A. Sanginés, comunicación personal, 23 de enero de 2017). Ese mismo año Don Samuel Ruiz, Obispo de San Cristóbal de las Casas, inaugura el Hospital Comunitario de Ibarra en las Cañadas de Ocosingo, para apoyar al sistema de salud, destruido por el ejército mexicano en 1994.

En 1985 se forma en San Cristóbal de las Casas la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas, “OMIECH”, una Asociación Civil con el fin de rescatar y promover la medicina tradicional maya, con apoyo financiero internacional y de la Diócesis de San Cristóbal (R. Alarcón, comunicación personal, 15 de enero de 2017). En este período se organizan también asociaciones civiles y comunitarias para preservar los recursos comunitarios ancestrales tanto dentro del sistema de salud existente en Chiapas como dentro del sistema comunitario en construcción.

En síntesis, la organización y desarrollo de una praxis político social de la medicina en Chiapas-México se produjo la ocurrencia de los siguientes procesos: las condiciones sociopolíticas del contexto, los modelos de atención a la salud, los actores y sus trayectorias académicas y políticas, los valores y dinámicas de operación de estos modelos y su permanencia en el territorio. El contraste de estos modelos de atención a la salud es determinante al señalar, como se ve en la tabla siguiente, las tipologías de interpretación en salud y la medicina se vinculan con la praxis político social que se desarrollan en Chiapas entre 1964 y 1994.

Tabla 1. Tipologías de praxis política y social de la medicina en Chiapas.

Modelo de atención a la salud	Actores, trayectorias	Valores y dinámicas	Esquema de operación	Permanencia en el territorio
IPN: Medicina Comunitaria con influencia cubana (1974). Expansión en la comunidad Tojolabal (1976). Expansión a la Selva (1980). Diálogo con APS.	Profesores y estudiantes del IPN, alianzas con organizaciones comunitarias, hospitales e instituciones gubernamentales.	Cuidado de lo rural como extensión del Apoyo a los mestizos suburbanos. Cuidado de la salud de los indígenas de la Selva.	Acciones asistenciales de carácter curativo y preventivo Educación popular y avance en soporte de las condiciones alimenticias y de nutrición.	22 años entre 1976 y 1993 con modificaciones acordes al contexto federal. San Pedro Xalpa, CDMX. Las margaritas Selva Lacandona
UAM: Servicio social de Medicina (1982) con influencia de la Medicina Social latinoamericana, y del sistema de salud de Cuba. Expansión del modelo en el marco del Programa de Investigación de Desarrollo Humano en Chiapas (1994)	Comunidades, Profesores, investigadores y pasantes UAM-X 1982. Incorporación de pasantes de otras licenciaturas UAM. Participación de otras universidades 1993. Comunidades y promotores	Cuidado de las condiciones de vida con énfasis en nutrición y en el origen de las desigualdades Investigación sobre las condiciones de vida y trabajo. Reconocimiento de las contradicciones de clase.	Modelo de integración docencia, investigación y servicio. Politicidad del quehacer en salud. Propuestas para modificar la división social del trabajo y las relaciones de clase en el sistema productivo	35 años entre 1982 y 2017 en: Palenque, Comitán, Ocosingo San Cristóbal de las Casas, Poza Rica, Las Margaritas
Medicina liberalizadora Evangelizadora Medicina liberadora	Médicos y religiosos de la iglesia Médicos de la Teología de la liberación Comunidades	Humanistas Conservadurismo revolucionario Liberal socialistas humanistas	Medicina integral, integra lo físico, mental, social y espiritual. Medicina integral que integra el proyecto de vida a la comunidad política	41 años entre 1976 y 2017 en: Comitán, Ocosingo San Cristóbal, Poza Rica, Las Margaritas
Medicinas paralelas con formación de promotores de la salud y parteras dentro de las casas de salud	Instituto Nacional Indigenista (INI) de Chiapas, OMIECH, Universidad de Chiapas UNIECH	Autonomía y Pluralismo Se acepta la incertidumbre	Medicina tradicional con base en sabiduría tradicional, en herbolaria, hueseros, curanderos - hiloles	Siglos
Medicina institucional Práctica médica convencional	Servicios de salud de la Ssa IMSS-Coplamar IMSS-Solidaridad IMSS-Oportunidades IMSS-Progresa IMSS-Prospera	Partido político como actor y mecanismo de representación y acción	Biomedicina basada en desarrollo técnicos y científicos.	Desde 1981, se impone en forma generalizada sobre otras prácticas médicas.

Fuente: Elaboración propia

La praxis político social de cada modelo de atención a la salud contribuye a la consolidación de una praxis colectiva en la cual, las relaciones entre la Medicina Social, la medicina tradicional y la medicina comunitaria permiten refrendar y fortalecer los compromisos políticos y los valores sociales con los pueblos originarios que permitieron organizar y expandir dicha praxis.

Repliegue de la praxis político social, de 1988 a 1994

La imposición del modelo neoliberal en el país conlleva al abandono del territorio rural y urbano rural del campo mexicano, a la desprotección de productores y de mercados locales. En Chiapas se incrementa la conflictividad social y las luchas campesinas e indígenas se nutren con la experiencia organizativa de comunidades y dirigentes guatemaltecos desplazados por las políticas de tierra arrasada y aldeas estratégicas del gobierno genocida de Guatemala.

El gobierno mexicano incrementa la militarización de la zona y en salud, los modelos de base comunitaria implementados en los periodos previos sufren también la embestida neoliberal. El IPN propone y desarrolla una residencia en medicina rural en la zona, que logra durar solo una generación (tres años), debido a la ausencia de respaldo gubernamental. A esto se suma la destitución del Dr. Roberto Gómez Alfaro de la dirección del Hospital de Comitán en el año 1986. El modelo de servicio social regionalizado de la UAM-X comienza a tener problemas de financiamiento, recortes en la contratación de asesores locales y dificultades para mantener sus actividades en las regiones; además del cuestionamiento de su quehacer en investigación-docencia y servicio con médicos pasantes en servicio social, se vigila y cuestiona su vínculo con las comunidades de origen, hasta

que se ve obligada a reducir su participación en el programa de la zona.

Estos cambios expresan el interés del Estado y de los poderes locales de dismantelar la praxis política y social de los modelos de atención a la salud desarrollados con participación de las comunidades con respeto e inclusión de sus prácticas y sus saberes, y con propuestas que cuestionan la lógica biomédica y proponen transformaciones estructurales para mejorar la vida y la salud de las poblaciones.

Entre 1988 y 1994 se repliega una praxis político social de la medicina en Chiapas para dar lugar a otros actores, renovar las formas de trabajo y activar debates por la Salud Colectiva en México. Este repliegue inicia desde 1988 con la elección presidencial de Carlos Salinas de Gortari del PRI, quien asciende al poder por medio de fraude electoral y en oposición al Frente Democrático Nacional y a su candidato Cuauhtémoc Cárdenas. Se inaugura así una política de “concerta-cesiones” para dividir, corromper y desmovilizar a la oposición política. Se agudiza la represión estatal sobre campesinos e indígenas para no entregar las tierras y se producen varias huelgas de hambre de mujeres por el no pago de salarios en el trabajo de la caña de azúcar.

La modernización neoliberal impacta a las universidades, que sufren recortes presupuestales, privatizaciones e imposiciones productivistas que lesionan su autonomía y configuran un nuevo tipo de quehacer universitario eficientista, valorado únicamente por su contenido técnico y su “neutralidad” política. En salud se fortalecen las propuestas para transformar el sistema de salud y reorganizar los servicios públicos en la lógica neoliberal, la atención primaria selectiva, las recomendaciones del Informe del Banco Mundial

sobre Invertir en salud (BM, 1993) y el Programa de Reforma del Sector Salud del gobierno mexicano (Ssa, 1995) los cuales expresan la fuerza que adquieren estos planteamientos y su imposición en la salud de los mexicanos (López y Rivera, 2016).

Estas condiciones, producen el repliegue de la praxis político social de la Medicina Social y comunitaria, que lleva a los grupos en distintos espacios a resistir frente al reordenamiento neoliberal y a la desarticulación de algunas comunidades indígenas organizadas de Chiapas. Este repliegue ocurre de forma paulatina y desde entonces se inician debates sobre una praxis más amplia que no se reduzca a la medicina o la medicalización. Desde 1988 el gobierno comienza a implantar programas de focalización contra la pobreza extrema (bajo el nombre de esquema de Solidaridad), fragmentando a la población, convirtiéndola en beneficiaria de programas sociales del gobierno en turno y credencializando a los pobres, destruyendo el tejido social a partir de las transferencias monetarias condicionadas que incluyen-excluyen poblaciones y se individualiza a quienes forma parte de las comunidades organizadas.

Se detiene por seis años consecutivos el proceso de descentralización de los servicios de salud y se implementan medidas asistencialistas ligadas al programa gubernamental de Solidaridad. Se limita el crédito y se prohíbe la explotación forestal, afectando directamente las organizaciones comunitarias como la ARIC, que no quiere vender las tierras ejidales de la selva en la cañada las Margaritas, en oposición al gobierno, que pretende aumentar la propiedad privada de la tierra. Las organizaciones que anteceden al EZLN se llenan de razones para continuar, resistir y permanecer en el territorio.

El interés en el territorio de Chiapas crece en los años 90 por parte del gobierno y de ONGs, pues ya no sólo interesa la explotación petrolera sino también, el significado geoestratégico de Chiapas debido a sus recursos naturales en la reserva integral de la biósfera de Montes Azules. Pese a la defensa de la enorme biodiversidad existente en el territorio, crece el interés para la biopiratería, y se dificulta el mantenimiento de uno de los patrimonios de la humanidad, y de los pueblos originarios que han contribuido a formarla ya defenderla. El Estado, corresponsable del despojo de un territorio pleno de riquezas ancestrales y de derechos humanos, contribuye en obstaculizar una acción conjunta¹⁵ a favor de la vida digna para todos (Porto-Gonçalves, 2002).

Desde 1989 se realizan varias actividades en Chiapas orientadas a la reivindicación de estos derechos humanos y de la tierra. En ese mismo año, se funda el colectivo de mujeres de San Cristóbal de las Casas como organización que reivindica los derechos plenos de la mujer y desarrolla proyectos de atención a la salud de las mujeres. En 1992 se crea el Consejo Nacional de Medicina Indígena Tradicional "CONAMIT", en 1993 se hace el plan de fortalecimiento de los centros de Medicina Indígena Tradicional a nivel nacional, mediante convenios con el IMSS solidaridad. En ese mismo año se celebra la Reunión del Comité ejecutivo y del Consejo de Administración de la Unión Internacional de Educación para la Salud en México, que cambia su nombre por Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud. Un año después en 1994 se abre el Museo de Medicina Maya en San Cristóbal y se integra al sistema de salud, aunque no se reconoce el valor

¹⁵ La denuncia realizada por la Red de Defensores Comunitarios por los Derechos Humanos de Chiapas a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos va en esa vía. (Porto-Gonçalves, 2002).

pleno, ancestral y la trayectoria de la Medicina Indígena Tradicional. En 1994 entra en vigor el tratado de libre comercio entre EEUU, México y Canadá y se lanza el EZLN en contra del racismo y la desigualdad e inequidad de México y del mundo moderno-colonial fortalecido por tantos años.

Conclusiones

El proceso de configuración, consolidación y desarrollo de la praxis médica político social mexicana en Chiapas señala y recuerda grandes valores en la medicina mexicana y en la Medicina Social de América Latina. El origen de esta praxis en Chiapas obedece a varios elementos, entre ellos se destaca: una corriente de pensamiento crítico en salud, cuya expansión se nutre de la fuerte organización comunitaria de auto-gestión y autonomía en salud de los pueblos originarios, del encuentro de la iglesia de los pobres, la Teología de la Liberación y de comunidades, médicos y otros profesionales comprometidos con ideales de cambio, además de un conjunto de programas universitarios que impulsan modelos innovadores de vinculación social, propuestas tendientes a regionalizar e integrar el quehacer del servicio social de pasantes de medicina y de otras disciplinas, con una enorme solidaridad común con los pueblos de la región.

Las masivas manifestaciones por la paz en varias ciudades de la república en contra de los bombardeos del ejército mexicano contra las fuerzas zapatistas en la selva de Chiapas; las demandas

de representación y de reconocimiento de los derechos de los pueblos originarios, las exigencias de tierra, agua, techo, alimentación, trabajo, salud, educación, planteadas en los Foros para la Reforma del Estado; el señalamiento de todos estos elementos por ser necesarios e indispensables para la vida digna y la salud de los mexicanos (Declaración de “Moisés Gandhi”, Castro-S., Gustavo, 1997)¹⁶ y la declaración del VI Congreso Latinoamericano de Medicina Social ALAMES, VIII Congreso Mundial, II Congreso de México - Guadalajara Jalisco señalan que a pesar del repliegue de la praxis político social de la medicina ocurrida en Chiapas, ésta praxis sigue vigente, permanece viva en distintos espacios y territorios a través de nuevas estrategias de vinculación, acompañamiento y formación, con apoyo en los modelos médicos existentes en la zona (O. López, comunicación personal, 24 de febrero de 2017; J. Heredia, comunicación personal, 2 de febrero de 2017; Aldana, comunicación personal, 17 de enero de 2017; J. M. Castro, comunicación personal, 12 de febrero de 2017).

Es parte de una labor pendiente, analizar los cambios de esta praxis política en una sociedad distinta, con nuevas formas de realizar la economía política desde los años 90, ligadas a los embates globalizantes y cíclicos del capitalismo de hoy y, discutir alternativas con capacidad de señalar y enfrentar la fragmentación, el individualismo y la acumulación que predominan en el sur global.

¹⁶ Formulada por los Participantes, conscientes de la guerra de baja intensidad en que vive el estado, (Castro y Gustavo, 1997).

Referencias bibliográficas

- Archundia, G. A. (2011). El movimiento médico en 1964-1965. *Revista de Especialidades Médico - Quirúrgicas*, vol. 16, núm. 1, enero-marzo, 2011, pp. S28-S31 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado México, México. Consultado marzo 11 de 2017. <http://www.redalyc.org/pdf/473/47322865006.pdf>.
- Blanco, G., Rivera, J. A., López, O. (1996). 1ª ed. Chiapas: la emergencia sanitaria permanente. 95-115. *Instituto de investigaciones económicas UNAM, Chiapas*. p.220.
- Blanco, G. y Heredia, J. (1990). Perfiles patológicos de la Selva Lacandona y Marqués de Comillas, Chiapas. *Revista de Difusión científica, tecnológica y humanística*. 1(2):63-73.
- Boaventura, S. S. (2000). *Crítica de la razón indolente. Contra el desperdicio de la experiencia*. Vol 1. Recuperado en Marzo 17 en: http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/critica_de_la_razon_indolente.pdf.
- Cabrera, L. (1995). *Otra historia por contar. Promotores de Salud en Guatemala*. ASECSA (Asociación de servicios comunitarios de salud), Guatemala.
- Castro, G. (1997). *Primer Encuentro de Promotores de Salud Repunte de la Agenda Social, San Cristóbal de las Casas*. Recuperado en Marzo 17 en: <http://www.otrosmundoschiapas.org/analisis/PRCUALUD.pdf>.
- Cruz, R. M. y colaboradores. (1975). IPN Escuela Superior de medicina, Departamento de enseñanza,. *Sinópsis informativa*. Material obtenido de la Biblioteca personal.
- Cruz R. M. y Cruz S. C. R. (1988) Servicio social regionalizado. Una alternativa para el desarrollo. En: Centro Nacional de Estudios Municipales. Secretaría de Gobernación. *Revista Estudios municipales* No 24, Nov-Dic. No. 24. México. pp 173-194.
- Enrich, J., Soto, B. O., Blanco, G. J., Fragoso, M. R., S. y Joya, G. V. (1986). *Prevalencia de la Tuberculosis pulmonar en una Región del estado de Chiapas*. Enero. Archivos biblioteca personal Oliva López Arellano.
- Galeano, D., Trotta, L. y Spinelli, H. (2011). *Juan César García y el movimiento latinoamericano de Medicina Social: notas sobre una trayectoria de vida*. *Salud Colectiva*, 7(3), 285-315. Recuperado en 12 de marzo de 2017, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185182652011000400002&lng=es&tlng=es.
- García, L. A. (1985). *Resistencia y Utopía. 1ª Ed. Memorial de agravios y crónica de revueltas y profecías acaecidas en la Provincia de Chiapas durante los últimos quinientos años de su historia*. México. Ediciones Era.
- Hendel, V. (2011). Las políticas de desarrollo rural en América Latina. Un análisis a la luz de la experiencia boliviana reciente. In: *Revista IDEAS – Interfaces em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade*, Rio de Janeiro – RJ, v. 5, n. 1, p. 10-29.
- Heredia, J. (2009). La UAM-X, el servicio social y la atención a la salud en Chiapas. En: Chapela, María del C., et al., Ed. UAM-X. *De la clínica a lo social: luces y sombras a 35 años*. Cap 12., pp 291-318.
- Jarillo, E., Arroyave, G. y Chapela, M. (1997). La práctica profesional, las políticas internacionales de salud y el diseño curricular en medicina de la UAM-X. En: Berruecos, L. *La construcción permanente del sistema modular*. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, Coordinación de Extensión Universitaria.
- Jarillo, E. y Granados, J. (2016). La Medicina Social en México. *Cuarenta años de la Maestría en Medicina Social*. UAM-X. México D.F.
- López, O. y Rivera J. A. (2016). La Maestría en Medicina Social en el periodo 1986-1995. En: Jarillo E. y Granados J.A. (Coords.) *La Medicina Social en México. Cuarenta años de la Maestría en Medicina Social*. UAM-X, México, pp. 49-74.
- Mckeown, T. (1976). *The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis? London, England: Nuffield Provincial Hospitals Trust*. Ed Med y salud vol 17 No 3 (1983) Manuel R. et al., UNAM, Reino Unido - Kellog APS OMS

- Múnera, R. L. (2005). *Poder (Trayectorias teóricas de un concepto)*. Colombia Internacional 62, jul – dic: 32 – 49. Recuperado en 15 de diciembre de 2016, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rci/n62/n62a03.pdf>.
- Page, P. y Jaime T. (2002). *Universidad Autónoma de Chiapas, Instituto de Estudios indígenas*. Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste. Política Sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y Chiapas, 1857-1995.
- Porto G. y Walter, C. (2002). *Latifundios genéticos y existencia indígena*. En: *Chiapas*, IEE UNAM, Ediciones Era, México, D.F. pp 7-30.
- Sanginés, A. (2015) *Salud integral y catolicismo. Agentes católicos de la salud de la Ciudad de México, D.F. Primavera de 2015*. En prensa. Material proporcionado por el autor
- Sánchez V. A. (1969). *Filosofía de la Praxis*. Editorial Grijalbo, México, DF.
- Tilly, C. (2005). Los movimientos sociales entran en el siglo veintiuno. Traducción de Marta Latorre Catalán. *En Revista Política y Sociedad*, Vol. 42 Núm. 2: 11-35. Recuperado en 11 de marzo de 2017 en <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO0505230011A/22873>.
- UAM-X, División de Ciencias Biológicas y de la Salud. Departamento de Atención a la Salud. Comisión de servicio social. (1982). *Plan de Servicio Social. Guía de procedimientos*.
- UNAM. (1976). *Revista mexicana de Ciencias Políticas y Sociales de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la U.N.A.M.* Año XII, No. 84 abril junio de. Número monográfico. Recuperado en marzo 12 de 2017 en: <http://www.nexos.com.mx/?p=3033>.
- Vasco, U. A. (1978): Enfermedad y sociedad. *Revista de la Escuela nacional de Salud Pública (Medellín)*, 4(2): 50-61.
- Vasco U. A. (1987). *Estructura y Proceso en la conceptualización de la enfermedad*. Taller Latinoamericano de Medicina Social, Medellín, Colombia. Julio de 1987. Recuperado en de 3 septiembre de 2017 en http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/vasco_uribe_estructura_proceso_conceptualizacion_enfermedad.pdf.

Filmografía

- La revuelta de las batas blancas. Cruz, xxxx Recuperado en 11 de marzo de 2017 en: <https://www.youtube.com/watch?v=8fcYUzR0Vmo>.
- Colombia, Héctor Abad Gómez., Promotores de salud 1987 https://www.youtube.com/watch?v=6_ZeeAngKLE.
- Movilización estudiantil México 1968. Matanza Tlatelolco https://www.youtube.com/watch?v=-iiji5_dexA.
- Movimiento guerrillero Cabañas México 1972. https://www.youtube.com/watch?v=u_cJudvX2DQ.

Audios

- Comunicaciones personales realizadas entre enero y febrero de 2017 a varios informantes base. En: Archivos de la Coordinación del Programa de doctorado en Ciencias de la Salud Colectiva, UAM-X, 2017.