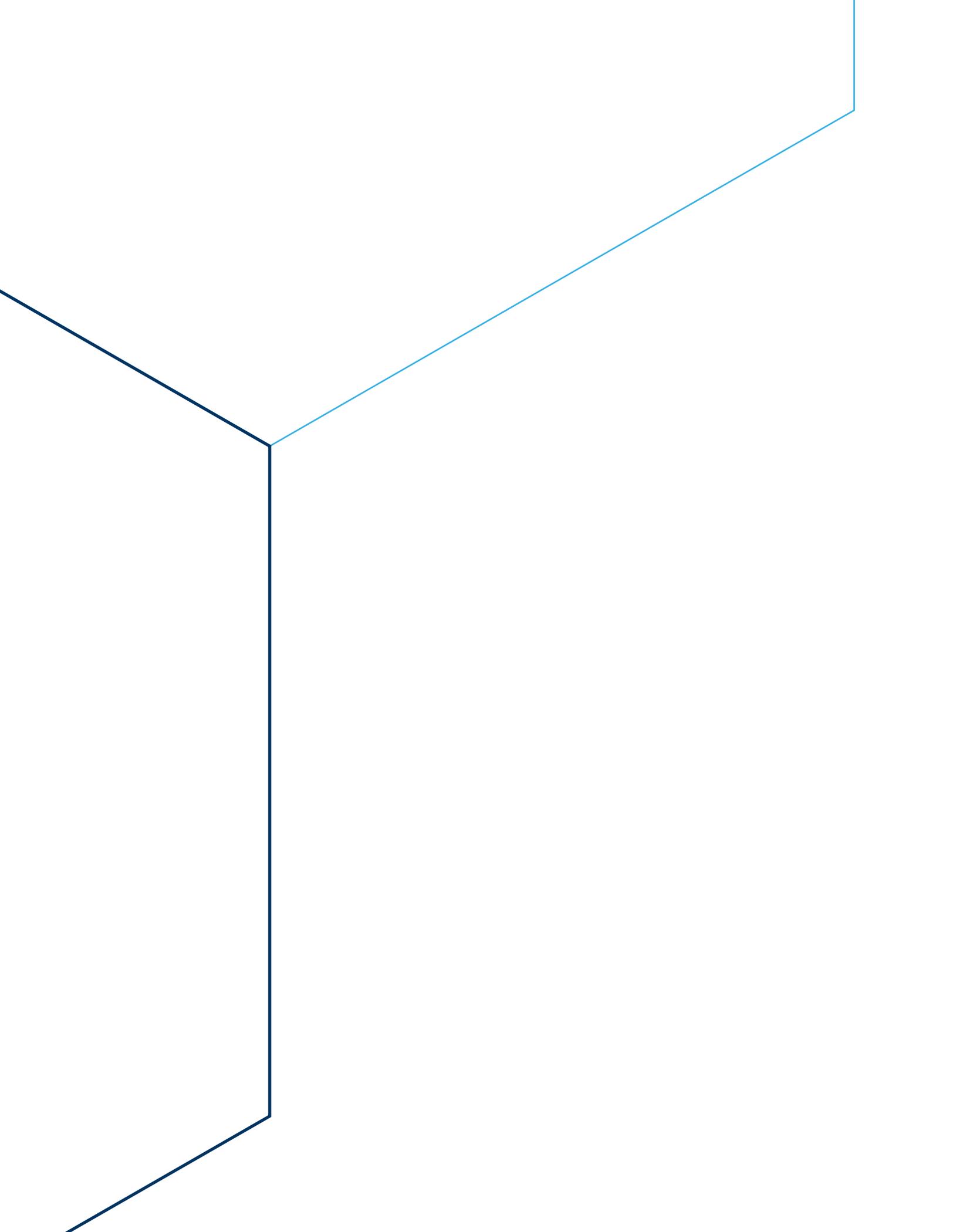


A large blue geometric shape, resembling a stylized 'V' or a triangle with a horizontal top edge, occupies the upper right portion of the page. It is filled with a solid medium-blue color.

**Ver, juzgar,
actuar**



Vinculación académica de la Facultad de Ciencias Ambientales y Agrícolas, Sede de Jutiapa con el Proyecto Santiago

Ing. Roni Carrillo

Coordinador académico

Sede de Jutiapa

La Facultad de Ciencias Ambientales y Agrícolas (FCAA) de la Universidad Rafael Landívar (URL), de la Sede de Jutiapa, dentro del marco de acción del proyecto de responsabilidad social enfocado en el eje de Seguridad Alimentaria y Nutricional, ha desarrollado actividades agrícolas en comunidades de los municipios de El Progreso, Quesada y Jutiapa, del departamento de Jutiapa y, en el municipio de Monjas, Jalapa.

En el municipio de Monjas, Jalapa, funciona el Proyecto Asociación Cristiana Santiago de Latinoamérica (Proyecto Santiago)¹ donde residen 46 niños y 26 niñas al cuidado de familias que viven dentro del centro de atención, siendo en total más de 100 personas

¹ La Asociación Cristiana Proyecto Santiago de Latinoamérica es una organización privada, no lucrativa, civil, religiosa, educativa, de ayuda y beneficio social, de desarrollo integral y tecnológico, cultural y apolítico, fundada en 2001 con sede en el municipio de Monjas, departamento de Jalapa, Guatemala.

que residen permanentemente en el lugar. La tutela de estos niños es otorgada bajo principios de ley, los hay huérfanos y maltratados o agredidos y abusados por su familia. Unos permanecen hasta la mayoría de edad y otros son enviados de vuelta a su familia cuando la misma cambia su actitud hacia los menores. Durante su permanencia reciben orientación y formación en tres aspectos fundamentales: emocional, educativo y espiritual. Cuentan con un área propicia para la producción agrícola de alrededor de 20 000 m² con sistema de riego por goteo, un invernadero de alrededor de 200 m² y un pozo mecánico que alimenta el sistema de riego de alrededor de 7000 m².

La Facultad de Ciencias Ambientales y Agrícolas, en seguimiento a los lineamientos establecidos para la implementación de la política de Responsabilidad Social Universitaria (RSU) en la Sede Jutiapa, consideró que la formación académica se vería perfectamente complementada y fortalecida con la práctica agrícola y sus fines de producción de alimentos en Proyecto Santiago. De esa cuenta, estudiantes de FCAA tienen presencia en este lugar desde el 2016, iniciando por establecer el cultivo de aguacate (Persea Americana) variedad Hasse en 0.7

ha, posteriormente la producción de maíz y frijol en 0.7 ha. En el 2018 se amplió el área del cultivo de aguacate con riego por microaspersión; en el 2019 se estableció una plantación de piña en 441 m² y, en 2018 y 2019, se implementaron dos macrotúneles de 100 m de largo cada uno, con cultivos hortícolas con enfoque de seguridad alimentaria.

Los resultados de las actividades emprendidas con los estudiantes desde el año 2016, orientaron a docentes y estudiantes de los cursos de: Agricultura Bajo Condiciones Controladas, Riegos, Cultivos No Tradicionales de Exportación, Fertilidad de Suelos y Nutrición Vegetal, Edafología, Entomología y Fitopatología; para fortalecer en la práctica los conocimientos teóricos adquiridos en los salones de clase. Asimismo se sensibilizó a los estudiantes sobre la realidad social, a la vez que adquirieron experiencias en cultivos hortícolas tales como chile, tomate, pepino, zucchini, piña, todo bajo un enfoque de seguridad alimentaria.

Los estudiantes tuvieron la oportunidad de compartir con huérfanos y viudas que viven en condición de huéspedes de manutención en el albergue del Proyecto Santiago, institución que subsiste con donaciones.

Figura 1. Grupo de estudiantes del Curso de Procesos de Producción I, Facultad de Ciencias Ambientales y Agrícolas, URL, Sede Jutiapa, (2018)



Figura 1. Actividades del proyecto de Responsabilidad Social del curso de Procesos de Producción I. Sede de Jutiapa. **Fuente:** archivo RSA.

Figura 2. Siembra de maíz y frijol en Monjas, Jalapa



Fuente: archivo RSA.

Figura 3. Sistema de riego por goteo en Monjas, Jalapa, (2018)



Fuente: archivo RSA.

Figura 4. Producción de maíz y frijol en Monjas, Jalapa, (2018)



Fuente: archivo RSA

Figura 5. Implementación de macrotúnel. Curso Fitopatología, Facultad de Ciencias Ambientales y Agrícolas, URL., (2019)



Fuente: archivo RSA.

Figura 6. Mantenimiento de cultivo Aguacate Hass. Curso Cultivos No Tradicionales de Exportación, (2018)



Fuente: archivo RSA.

Figura 7. Visita del Director, padre sustituto y niños protegidos de Asociación Cristiana Proyecto Santiago de Latinoamérica a la Sede de Jutiapa de la Universidad Rafael Landívar con la primera cosecha de cultivo de aguacate, (2019)



Fuente: archivo RSA.

Entretejiendo esfuerzos para cerrar la brecha en salud

Dr. Diego André Campos Fajardo

Al pie de la cama, Migdalia, la madre del niño, me narra los hechos:

Eran como las dos de la mañana doctor. Me despertó el grito del nene. Encendí la luz del cuarto y lo vi en la cama; se retorció del dolor y estaba pálido, no dejaba de llorar. Me acerqué y lo toqué, estaba helado; me decía a gritos que le dolía mucho su estomaguito. Corrí a la cocina, agarré un poco de aceite y granos de sal para sobarlo, pero no se dejaba ni tocar.

Por la hora, el puesto de salud estaba cerrado, así que llamé a los bomberos, pero me dijeron que aquí, donde nosotros, ya no entra la ambulancia. Me tocó despertar a un vecino que tiene su pickup, para que me hiciera el favor de llevarnos al hospital. (Conversación personal, junio de 2019)

Mientras la madre narra cómo inició el problema, el «doctor del puesto», como le decían al estudiante de medicina de último año, revisaba al paciente. El niño tenía fiebre, el abdomen sumamente rígido y la herida estaba abierta; era evidente que tenía una infección de sitio quirúrgico. Mientras indagaba, descubrió que el paciente no pudo tomar los antibióticos prescritos porque la familia no los pudo pagar. El poco dinero que tenían lo usaron para pagarle el viaje al vecino y luego un taxi el día que egresó del hospital. Durante esos días en el hospital ella no pudo trabajar.

Migdalia ahora, incómoda, me cuenta su experiencia en el hospital:

Me regañaron: «¿Por qué llegaba a esa hora?!» Dijeron que el dolor no pudo haber empezado de la nada. Que primero debí consultar al centro de salud, ¿cómo doctor? Si por la hora y por los gritos del nene pensé que era mejor llevarlo al hospital.

Me lo revisaron. Le sacaron sangre, le pusieron suero en el bracito y como a la hora me dijeron que era el apéndice. Yo no sabía qué hacer, tenía miedo por mi hijo. Una señorita de blanco, creo que era una doctora o estudiante, me hizo el favor de explicarme y me pidió que esperara porque lo iban a operar. (Conversación personal, junio de 2019)

Al volver del hospital, la madre lavó la herida en casa con agua del chorro y jabón, eventualmente colocó emplastos de hierbas y aceites, pero nunca mejoró. Por eso consultó temprano al puesto de salud aquella mañana, para «pedir de favor» que el médico o la enfermera realizaran una visita para evaluar al niño. El médico decidió trasladar nuevamente al paciente hacia un hospital, era urgente su ingreso e intervención. Lograron llamar a los bomberos y luego de explicar el caso en repetidas ocasiones, llegaron. La ambulancia casi no salía de aquel barranco, pero lo logró, llevándose al paciente y la madre de nuevo a la ciudad. La vecina se quedó cuidando a los hermanos del paciente. El médico regresaba al puesto de salud, había más pacientes por atender.

El ejemplo anterior se repite en todas las latitudes del país. Las familias guatemaltecas ven el fenómeno salud/enfermedad como algo cada vez más complejo de resolver. Poco a poco, con el paso de los años, se ha ido normalizando una brecha de salud que cada vez se hace más grande debido a las desigualdades sociales que propician la pobreza. Más allá de proveer salud como un derecho universal, la dinámica socioeconómica ha hecho de esta un «privilegio» para pocos. La multicausalidad de la enfermedad, más allá de factores puramente biológicos, se ve reforzada por una gama de características sociales, políticas, económicas y culturales

Figura 1. Visita domiciliar

Figura 1. Estudiante de medicina del séptimo año realizan visita domiciliar para evaluación de recién nacido con prematuridad y desnutrición. Familia en situación de extrema pobreza y hacinamiento, referida por Centro de Salud de Fraijanes. **Fuente:** Diego Campos.

que determinan directamente las respuestas a la problemática sanitaria. Desde su entorno social y cultural, las familias buscan dar resolución a sus problemas a partir de actores sanitarios y sistemas de salud paralelos al modelo de atención pública del país. Todas estas medidas se ven supeditadas a un factor que, en la mayoría de los ciudadanos, rige la toma de decisiones: la economía del hogar.

Este tipo de atención a la problemática se le ha denominado «gasto de bolsillo», el cual lo definen la Organización Internacional del Trabajo en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (1999) como «pagos directos que financian el 100% del precio de la prestación al momento de requerir atención de salud». (p. 3). Dicho fenómeno se refleja en el informe presentado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS, 2017) donde refiere

que, de la totalidad de cobertura institucional que se tuvo durante 2016, el 52.2 % de gastos provino directamente de las familias, incluso cuando su consulta se realizó dentro de los servicios de salud pública del país.

La complejidad sociocultural, sumado a la creciente brecha económica, dan características singulares al «camino del enfermo». La toma de decisiones para la resolución de la problemática sanitaria individual o colectiva se ha convertido en una secuencia de pasos, donde se entretajan múltiples actores y prácticas propios de cada lugar. Desde el autocuidado en el hogar, la consulta con terapeutas mayas, hasta en el pago directo por atención médico-privada; la economía del hogar es el factor que rige hacia dónde se dirigen las acciones que promuevan la salud. Independientemente de cuál sea el camino a tomar, uno de los últimos eslabones en la cadena de decisiones es la consulta al médico, dadas las implicaciones económicas que dicha decisión conlleva. Lo anterior aplica a la mayoría de pacientes que buscan atención, pública o privada, puesto que incluso consultar en un hospital nacional conlleva gastos como transporte, hospedaje, alimentación y, en algunos casos extremos, la compra de insumos médicos.

Es en dicho escenario donde, día a día desde hace muchos años, los estudiantes de medicina en conjunto con otras disciplinas toman un rol protagónico en el fenómeno sanitario nacional. Es a través de sus acciones e intervenciones que el individuo y la comunidad inician la transformación de un sistema que responde a las necesidades de un país con 59.3 % de pobreza, según la última Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (Encovi, 2015). Además, la respuesta médica se articula con un sistema de creencias y prácticas culturales propias de cada comunidad sin que esto sea motivo de exclusión para el acceso a servicios. Con mayor importancia en un país donde, según el último Censo de Población y Vivienda (2018), el 42 % de los habitantes se identifican como maya, haciendo propias las prácticas terapéuticas y el intercambio cultural que ello conlleva al buscar atención en el sistema de salud pública.

Figura 2. Suplementación a niñas en escuela



Figura 2. Estudiante de medicina de segundo año del plan educacional a estudiante de escuela pública de lo Diéguez, Fraijanes. Esto como parte del programa de suplementación a mujeres en edad fértil del MSPAS. **Fuente:** Diego Campos.

Basado en lo descrito en párrafos anteriores, surgen las siguientes preguntas: ¿Qué tipo de atención se ofrece para una población mayoritariamente pobre y culturalmente identificada como maya? ¿Acaso el acceso a la salud se ha transformado en un privilegio que tiene un alto costo económico para la vida del paciente? ¿Qué están haciendo los médicos para no ser el último eslabón del camino del enfermo? ¿Cómo incidir en las personas, familias y comunidades para cambiar la dinámica sanitaria? En este momento hay cientos de estudiantes universitarios respondiendo dichas preguntas directamente a la población que demanda salud. Dichas acciones trascienden del ámbito hospitalario, puesto que desde la comunidad se están articulando esfuerzos multidisciplinarios y transculturales para la consolidación de la salud como un derecho universal.

La transformación de la academia médica, puramente curativa hacia una medicina plural, transcultural y preventiva, es un fenómeno que está sucediendo en las aulas. Se está transformando el actuar de la medicina hacia un modelo previsor y promotor, dejando atrás lo que Edmundo Granda (2004) identifica como «enfermología pública», la cual se concibe como una ciencia que gira y hace reflexiones únicamente en torno a la enfermedad y la muerte. El modelo educativo y profesional está girando hacia un sistema donde predomine la horizontalidad, el diálogo intercultural y la ecología de saberes entre disciplinas que van más allá de la misma medicina (Basile, 2018). Se está realizando una transformación académica donde se vele por la dignidad del paciente, la salud como derecho y el acceso universal a la misma.

Un esfuerzo significativo es el que realiza la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar (URL). Su compromiso educativo, transformador del sistema sanitario, ha demostrado la incidencia que tiene el actuar del estudiante de medicina desde los primeros años de la carrera. Una propuesta académica diferente que contempla la formación de profesionales con un enfoque científico, integral y ético de la atención al paciente, sin importar alguna de sus determinantes sociales de la salud, que le rodea. Desde el primero hasta el último de los semestres de la carrera, se desarrolla una perspectiva cada vez más humana del fenómeno salud/enfermedad y se proponen estrategias de abordaje sanitario donde los pacientes, las familias y las comunidades toman cada vez más protagonismo en la toma de decisiones.

Mientras caminan en la comunidad, los estudiantes de medicina captan las miradas de los vecinos. Van con carteles, pesas, metros y equipo médico; su objetivo es llegar a las familias, intercambiar y fortalecer conocimientos. Aún son médicos en formación, ni siquiera han llegado al hospital, pero desde los primeros meses de la carrera están transformando la toma de decisiones de los pacientes y las familias. Las dificultades que encuentran son

muchas, a algunos no les abren las puertas, otros lidian con una barrera lingüística, otros chocan con el analfabetismo, pero ninguna de ellas ha sido impedimento. La mayoría vuelve satisfecho a su casa a seguir estudiando y preparar la intervención de la siguiente semana. Aún no son doctores, pero también están salvando vidas.

Así me lo describe Lucy, quien consulta muy temprano por la mañana:

Llegaron los doctores a la casa y nos dieron unas pláticas. Pegaron un afiche en la pared de la sala e hicieron unos juegos. Luego pesaron a mi bebé y me felicitaron porque todo estaba bien.

Allí me dijeron que, si miraba algo raro con mi bebé, que consultara con el doctor del puesto. Por eso madrugué y vine hoy para que pudiera revisar a mi bebé. (Conversación personal, mayo de 2019)

Figura 3. Promoción de la salud desde los primeros años



Figura 3. Docente de Interacción Comunitaria y Estudiantes del segundo año del plan educacional sobre la desparasitación y suplementación a estudiantes de escuela pública. Apoyan campañas de promoción de la salud del puesto de salud de la aldea Lo de Diéguez. **Fuente:** Diego Campos.

Las comunidades donde se desarrollan estas actividades académicas ya no solo disponen de enfermeras auxiliares y médicos en los puestos de salud, también cuentan con estudiantes que llegan a casa para educar en salud, resolver dudas y fortalecer las prácticas preventivas. En las escuelas, los grupos de estudiantes se las ingenian para enseñar a los niños cómo lavarse las manos y los dientes. Mientras, los médicos y las nutricionistas de último año aprovechan la algarabía de la actividad para pesar y vacunar niños. Las comunidades ya no solo buscan curación, también buscan promover la salud, asisten a actividades como las clases de baile, los talleres de cocina o las Ferias de la Salud¹. Son, en su mayoría, acciones preventivas en salud que inciden de manera positiva en la vida de los pacientes.

Las acciones de los equipos de salud tampoco se han quedado restringidas por los límites geográficos de las comunidades. Estos esfuerzos entre estudiantes han permitido generar cadenas de ayuda e información para prestar servicios de salud interdisciplinarios e interinstitucionales. En el proceso educativo, el maestro ha pasado a ser acompañante de los estudiantes y, en conjunto con el personal sanitario de las áreas de salud, han salido a las calles para hacer del sistema, uno digno y asequible para los pacientes. El paciente sale de la comunidad referido hacia un hospital nacional, es tratado y curado en este, para luego regresar a su vivienda y continuar el proceso de rehabilitación; en todos y cada uno de los pasos nunca estuvo solo, siempre estuvo un estudiante de medicina aportando sus conocimientos para su pronta recuperación.

¹ Para ampliar información véase el siguiente enlace: <https://www.youtube.com/watch?v=XcFc4iCn9I4>

Es en los esfuerzos colectivos, entre disciplinas y entre actores, donde reside la fortaleza de la transformación del sistema de salud. Los esfuerzos de los estudiantes están dando resultados en los puestos, en las comunidades, en los hospitales. A través de intervenciones como charlas a embarazadas, visitas domiciliarias, jornadas en escuelas, consultas en los puestos de salud y seguimiento dentro de los hospitales nacionales, se está cerrando la brecha que genera la pobreza entre los pacientes y el acceso a servicios de salud. Se están entrelazando esfuerzos, conocimientos y capacidades para fortalecer la atención de una población que urge de respuestas. Es así, desde la responsabilidad individual, académica y comunitaria, como se está construyendo el cambio y fomentando el traspaso de la salud como privilegio, a derecho universal.

Referencias

Organización Internacional del Trabajo y Organización Panamericana de la Salud (1999). *El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: Razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud*. OIT/OPS.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2017). *Guatemala: tendencias del gasto en salud*. MSPAS.

Instituto Nacional de Estadística (2015). *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014*. INE.

____ (2018). *XII Censo Nacional de Población y VII de Vivienda*. INE.

Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Revista cubana de salud pública*. 30(2). <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=29230>

Basile, G. (2018). *La salud internacional Sur Sur: hacia un giro decolonial y epistemológico*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (Clacso).



Esta publicación se distribuye de forma digital,
fue finalizada en septiembre de 2021.

