

Evaluación y transformación, resultados del servicio socialrural en salud en Chiapas, desde los protagonistas.

Joel Heredia Cuevas* • María Isabel de Fatima Luengas Aguirre**
Luz Mariana Echeverría Almaraz***

RESUMEN

El servicio social (SS) es un requisito que deben cumplir en México todos los estudiantes universitarios al finalizar sus estudios de licenciatura, en el cual ponen en práctica los conocimientos adquiridos durante su vida académica en beneficio de la sociedad. Para las carreras de las áreas de la salud dicho servicio va de los seis meses al año. La Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) cuenta con un programa de salud comunitaria en Chiapas, cuyos inicios datan de 1982, y en el cual los estudiantes (prestadores de servicio o pasantes) al finalizarlo realizan una evaluación sobre sus experiencias. El programa de salud en Chiapas incorpora la metodología de investigación-acción participativa, la docencia y supervisión en campo. Este trabajo recoge las experiencias de dos grupos narradas por los protagonistas desde los ámbitos personal, comunitario e institucional, donde se evalúa su desempeño profesional a través del SS en campo. Los pasantes de las licenciaturas en Medicina, Enfermería, Nutrición, Biología y Estomatología coincidieron en que fue difícil adaptarse a las condiciones de vida y trabajo en las comunidades; desconocían la cultura, no hablaban la lengua; conforme avanzaron aprendieron la práctica clínica, a comprender el entorno, a crear estrategias de trabajo y pudieron resolver o no problemas; por su desempeño lograron ser aceptados; hubo cambios en su perspectiva profesional y personal, en muchos casos el SS les cambió la vida, su percepción sobre sí mismos y su compromiso social.

PALABRAS CLAVE: educación médica, medicina comunitaria, evaluaciones de pasantes, salud, Chiapas, compromiso médico.

* Profesor – Investigador del Departamento de Atención a la Salud en la Universidad Autónoma Metropolitana – Unidad Xochimilco (UAM-X), México. Jefe de proyecto como Coordinador del Servicio Social en Chiapas de las Licenciaturas de Medicina, Estomatología y Enfermería. Correo de contacto: joel@sadec.org.mx

** Profesora – Investigadora del Departamento de Atención a la Salud en la UAM-X, México. Correo de contacto: mluengas@correo.xoc.uam.mx

*** Programa de Desarrollo Humano en la UAM-X. Coordinadora Médica en la Casa de Apoyo a la Mujer Ixmi Antesetic A.C, Chiapas, México. Correo de contacto: lumaecal@gmail.com

Fecha de recepción: 07 de marzo de 2022.

Fecha de aceptación: 09 de mayo de 2022.

Evaluation and transformation as a result of the health rural social service in Chiapas, from the point of view of the participants

ABSTRACT

Social service (SS) is a requirement that all university students must meet in Mexico at the end of their undergraduate studies, in which they put into practice the knowledge acquired during their academic life for the benefit of society. For careers in the health areas, said service goes from six months to the year. The Autonomous Metropolitan University has a community health program in Chiapas which began in 1982, and in which students (service providers or interns) carry out an evaluation of their experiences upon completion.

The health program in Chiapas incorporates the participatory action-research methodology, teaching, and supervision in the field. This work collects the experiences of two groups narrated by the protagonists from the personal, community and institutional spheres, where their professional performance is evaluated through SS in the field.

The interns of the degrees in Medicine, Nursing, Nutrition, Biology and Stomatology agreed that it was difficult to adapt to the living and working conditions in the communities; they did not know the culture, they did not speak the language; as they progressed, they learned clinical practice, to understand the environment, to create work strategies and were able to solve problems or not; for their performance they managed to be accepted; there were changes in their professional and personal perspective, because in many cases the SS changed their lives, their perception of themselves and their social commitment.

KEYWORDS: medical education, community medicine, intern evaluation, Chiapas health, medical commitment.

Introducción

En el periodo en el que surgió el Servicio Social en México fue durante la gestión de Lázaro Cárdenas (1934-1940), cuyo proyecto educativo, enfocado a las clases más desprotegidas, no fue favorable a la Universidad por considerar a los universitarios ciudadanos privilegiados, sin tomar en cuenta el aporte de la formación profesional (Ramírez, 2012). A casi 60 años de haberse instaurado el Servicio Social (SS) en México,¹ la presencia de

pasantes de medicina, estomatología o enfermería sigue siendo la única opción de atención para miles de personas, particularmente de las regiones más pobres de nuestro país. Se calculaba que uno de cada cuatro médicos que atienden a la pobla-

perior y superior es una de las instituciones básicas del desarrollo social en México. Lo regula la ley reglamentaria del artículo 5º constitucional, relativa al ejercicio de las profesiones, que condiciona la expedición del título profesional al cumplimiento de un servicio social que debe contribuir a la formación académica y la capacitación profesional del estudiante, así como a desarrollar en él la conciencia de solidaridad hoy de compromiso con la sociedad (Mungaray y Ocegüera, 1999).

1 El servicio social obligatorio para los estudiantes de educación media su-

ción en México es un pasante, es decir, una cobertura del 23,3%. A pesar del impacto de su trabajo, no existe una legislación sobre su responsabilidad legal; otro aspecto a considerar es que, aun cuando en forma general la relación que establecen los pasantes con el personal adscrito a las clínicas de salud es buena, existen situaciones delicadas que merecen la atención de las autoridades universitarias, y que deben platicarse con los representantes de las instituciones receptoras (Montero y Cruz, 2014); muchas veces son considerados becarios por las instituciones sanitarias que no mantienen estrictamente una relación laboral con ellos, lo cual constituyen elementos de vulnerabilidad (Ramírez de la Roche, 2012; Peña J., 2013); sin embargo, sí se les adjudica una responsabilidad como profesionales frente a las comunidades.

Hay que considerar el entorno en donde los pasantes ejercen la profesión como es el caso de Chiapas, en donde frecuentemente viven en condiciones precarias en cuanto a alimentación, vivienda o servicios básicos y no siempre cuentan con el apoyo de otros compañeros de su ámbito laboral. Los pasantes relataron que “los trabajadores (contratados) no asisten al centro de trabajo, o que si van lo hacen esporádicamente”, incluso los médicos asignados a zonas rurales llegan “una o dos veces a la semana y a veces no dan consulta”, son los pasantes quienes cubren la consulta en las instituciones.

Debemos considerar, además, que los pasantes están expuestos a la situación de violencia que sufre el país, sobre todo si son mujeres, como el caso de la pasante en SS Mariana Sánchez Dávalos, de la Universidad Autónoma de Chiapas, quien fue víctima de violencia sexual presuntamente ejercida por un compañero médico y posteriormente hallada sin vida en su área de descanso. Es incomprensible la falta de estrategias que aseguren la

integridad de los pasantes en SS por parte de las instituciones educativas y de salud (Ramírez de la Roche, 2012; Reina, 2021). Este no es el caso de los pasantes de la Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco (UAM-X), quienes tienen una supervisión constante y estrecha.

Otros factores que inciden en el desarrollo del servicio social rural son las condiciones de vida que prevalecen en Chiapas. Por ejemplo, la muerte materna en la entidad, que presenta dos o tres veces mayor incidencia en comparación con otros estados del país (Observatorio Muerte Materna, 2021; Bayona, 2011). Por su parte, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) reportó que en 2018 el 41,9% de la población nacional se encontraba en situación de pobreza y 7,4% en pobreza extrema; en contraste, en Chiapas 76,4% de la población se encontraba en pobreza y 29,7% en pobreza extrema (Coneval, 2020).

La distribución desigual e inequitativa de recursos del Sistema de Salud, las políticas equivocadas del Estado mexicano limitan el derecho a la Salud de la población más vulnerable y mantienen injustamente los rezagos ancestrales que impactan tanto en enfermedades infectocontagiosas como en las crecientes complicaciones por enfermedades crónico-degenerativas (Jiménez y Nuñez, 2016).

Chiapas, además, es un mosaico sociocultural y político, con distintas lenguas, religiones y concepciones sobre la salud, con sus consecuencias en el cuidado y la atención, en donde siguen vigentes prácticas ancestrales como la partería, curandería y herbolaria. En este escenario, un actor relevante es el movimiento zapatista del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), que mediante las armas irrumpió en 1994 ante el abandono y miseria en la cual viven cientos de

comunidades, demandando su autonomía y el reconocimiento de los pueblos originarios como sujetos de derecho. Luego de un proceso que fue de las armas al diálogo; de acuerdos no cumplidos a La Resistencia y la Autonomía, el movimiento zapatista configura otro gobierno, otra educación, otra salud, propuesta en la cual interactúan diversos actores de la Sociedad Civil y los universitarios (Cuevas, 2007).

La UAM en Chiapas

El SS de la UAM-X en Chiapas nació en 1982 con dos pasantes y un proyecto sobre tuberculosis pulmonar; posteriormente, para 1995, se sumaron otras líneas de acción como paludismo, vacunación, nutrición y atención materno-infantil.

En el contexto político derivado de la insurrección del zapatismo en Chiapas, la Secretaría de Salud (SSA) canceló las plazas de SS de la UAM-X, en medio de escenario por demás complicado, donde medios de comunicación, académicos y diversos actores de la sociedad civil documentaban la grave e histórica situación de marginación, pobreza y abandono social de Chiapas. Aun cuando la UAM-X invitó a la secretaría a reconsiderar su decisión, no hubo marcha atrás. La UAM-X encontró entonces, a través de Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y dentro del Programa de Investigación Interdisciplinario Desarrollo Humano en Chiapas (PIIDHCH) otra opción para dar continuidad al trabajo en salud, lo cual permitió que 81 pasantes prestaran su SS en 19 sedes. Finalmente, a partir de 2003 en el contexto de alternancia en todos los niveles de gobierno, el Instituto de Salud en Chiapas restableció el convenio de colaboración con la UAM-X y a partir de esa fecha se tiene presencia en 66 sedes con 361 pasantes, 159 en 36 sedes de la SSA y 202 en

30 sedes de las OSC (Heredia, 2009).

Sin embargo, se ha reducido notablemente la participación de pasantes en SS del área de la salud de la UAM-X, situación que se ha visto agravada por la Pandemia de COVID-19.

El PIIDHCH propone tres ejes que articulan diversas acciones: salud, nutrición y calidad de vida (SNCV); cultura, educación y derechos humanos, y producción tecnológica y medio ambiente. En el área de SNCV participan las licenciaturas de Medicina, Enfermería, Estomatología, Biología, Nutrición y el posgrado en Desarrollo Rural, incorporando la metodología de la investigación-acción participativa al servicio social y el trabajo docente. Esta metodología se considera pertinente pues plantea la convivencia con el objeto de estudio durante el proceso de investigación, y parte de la observación, la cual se logra al estar involucrados en el lugar y objeto de estudio (Hernández, 2014). La finalidad de la investigación-acción es comprender y resolver problemáticas específicas de una colectividad vinculadas a un ambiente; se centra en aportar información que guíe la toma de decisiones para proyectos, procesos y reformas estructurales. Todo ello, dentro del PIIDHCH significa acompañar y asesorar de forma sistemática mediante sesiones mensuales y seguimiento en campo a los pasantes; se les ofrece respaldo teórico, metodológico, así como la enseñanza de la lengua tzeltal (con mayor número de hablantes).²

² La propuesta central del Programa de Investigación “Desarrollo Humano en Chiapas (PIDH)”, es la de reflexionar sobre diferentes perspectivas epistemológicas y tradicionales críticas referidas a la investigación vinculada a la acción social, especialmente las que plantean la necesidad de rupturas que posibiliten abordajes de problemas desde la interdisciplina, la transdisciplina y la complejidad. Esto incluye la reflexión sobre las metodologías que se proponen relacionar la investigación con la formación y el servicio, así como la articulación de conocimientos académicos y popu-

Características del grupo actual. Población de estudio

El grupo estaba conformado por un primer equipo integrado por nueve pasantes de Medicina, dos de Enfermería, dos de Estomatología y uno de Nutrición, quienes concluyeron su SS en enero del 2020; y otro que llevaba seis meses en SS, conformado por cinco pasantes de Medicina y tres de Estomatología. Las y los pasantes estaban distribuidos en diferentes localidades; los lugares ocupados por comunidades zapatistas; los hospitales San Carlos en Altamirano; el de los Altos de Chiapas; otros más en Palenque, la Casa del Migrante y Casa de la Mujer; y el grupo que ocupa las sedes de la Secretaría de Salud (tabla 1). Cada lugar ofrece condiciones distintas, tanto en el entorno como en los recursos con los que cuentan.

La muerte materna ha sido uno de los principales problemas de salud en Chiapas, durante años ha ocupado los primeros lugares a nivel nacional (Freyemuth y Luna, 2014). Uno de los objetivos principales con las y los pasantes en servicio social (PSS) es entender la dinámica comunitaria en torno a la salud materno infantil y la partería tradicional. Sabemos y asumimos que históricamente ha ocupado un lugar relevante y que son las parteras quienes tienen la mayor capacidad para estar en contacto con las mujeres, desde su embarazo hasta su puerperio.

En el marco de las actividades que desarrollan durante el servicio social, asistenciales, de promoción y prevención de la salud. Por ejemplo, uno de los programas para atender la problemática de muerte materna se enfoca en ubicar el ma-

lares. Esto nos ubica en algunos debates que se refieren a la vigencia de propuestas que van desde la investigación acción participativa y colaborativa hasta la colonialidad del saber (Colmenares, 2012).

yor número de mujeres embarazadas en las áreas de trabajo; establecer contacto y comunicación constante con las parteras de la región y colaborar de forma conjunta, partera–médica(o), en el seguimiento de las embarazadas hasta el posparto.

La interacción con Estomatología parte de la relevancia de entender y atender la salud bucal de una mujer embarazada, ya que una infección puede ser motivo de un problema en su embarazo, parto y puerperio (EPP).

La metodología comprende el análisis de la muerte materna, además de lo biomédico, desde el derecho a la salud, género e interculturalidad. Para comprender la dimensión vamos de lo general a lo particular, de lo nacional a lo estatal-regional. A esto se suman talleres teórico-prácticos sobre el EPP, complicaciones y atención de urgencias obstétricas. En esto último se pone énfasis en que el personal de salud responda en equipo (Medicina, Enfermería, Estomatología).

Para desarrollar estas actividades, cada fin de mes nos reunimos durante tres días en la ciudad de Palenque, en las instalaciones de la Asociación Civil *Salud y Desarrollo Comunitario, A.C.* (SADEC), que nos brinda espacios para hospedaje, alimentación y salas de trabajo.

Objetivo

El objetivo de este trabajo fue conocer, desde la perspectiva de los pasantes, lo que significó la experiencia del SS en Chiapas en el aspecto personal y profesional, y cuáles fueron los retos que enfrentaron durante el mismo a partir de la pregunta de investigación: ¿la experiencia del SS en Chiapas significó algún cambio en la vida de las y los pasantes?

Tabla 1. Distribución de pasantes de acuerdo con su profesión, localidad y Programa de Salud en el cual participaron

No de pasantes / Licenciatura	Localidad	Tipo de establecimiento
Medicina 1 Estomatología 1 Enfermería 1	Las Tazas municipio de Ocosingo	Clínica autónoma, primer nivel de atención.
Medicina 1 Estomatología 1	La Garrucha, municipio de Ocosingo	Clínica autónoma, primer nivel de atención.
Medicina 1 Estomatología 1	San Jerónimo Tulijá, municipio de Chilóm	Clínica autónoma, primer nivel de atención.
Medicina 1 Estomatología 1	Arroyo Granizo, municipio de Ocosingo	Clínica autónoma, primer nivel de atención.
Medicina 2	Hospital San Carlos, municipio de Altamirano.	Hospital Comunitario (OSC) primer nivel – segundo intermedio
Medicina 1	Casa de la Mujer, Palenque	Consultorio médico, primer nivel de atención
Medicina 1 Enfermería 1	Casa del Caminante, Palenque	Consultorio médico, primer nivel de atención
Medicina 1	Región Altos de Chiapas	Casas de salud comunitarias
Medicina 1	Benito Juárez, municipio de Tumbalá	Centro de salud, SSA, primer nivel de atención
Medicina 1	Emiliano Zapata, municipio de Tumbalá.	Centro de salud, SSA, primer nivel de atención
Medicina 2	Nueva Palestina, municipio de Ocosingo	Centro de salud, SSA, primer nivel de atención
Nutrición 1	Apoyo a todo el equipo de salud	

Fuente: Elaboración propia

Metodología

Durante estas reuniones se realizaban cuadros descriptivos en función de qué actividades llevaban a cabo los pasantes en sus respectivas comunidades, establecimientos o programas de salud en los cuales realizaban la investigación-acción participativa (con grupos de la comunidad). La

descripción del trabajo de los pasantes permite situar sus experiencias de evaluación y entender los resultados presentados.

Mediante la estrategia de aprendizaje colaborativo cada pasante expuso un caso clínico y mostró

cómo lo resolvió, o lo puso a discusión para que lo ayudaran a pensar tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, así como la estrategia para enfrentarlo.³

El presente trabajo aborda el análisis en tres diferentes niveles: a) el nivel personal, mediante el análisis subjetivo del proceso desde la decisión de ir al medio rural, la llegada a la comunidad, su adaptación, la relación con sus compañeros y el resultado; b) el nivel comunitario, el cual evalúa el desempeño profesional, los retos sanitarios a los que se enfrentaron, la relación con las instituciones, la relación con pacientes en un contexto cultural distinto, la identificación de elementos comunitarios que resultan significativos durante la realización del servicio social en las sedes clínicas, y por último c) el acompañamiento que recibe por parte de la UAM-X durante el SS, complementándolo con una reflexión sobre lo que se llevaban y dejaban.

El ambiente de la evaluación transcurrió en un clima de cordialidad y confianza; el grupo se había acompañado a lo largo de un año o medio año donde compartían sus experiencias y se establecían lazos de amistad y compañerismo, además de espacios lúdicos y de aventuras. Los testimonios expuestos por los jóvenes se exponen casi textualmente para que sean ellos quienes expresen con sus palabras su estancia en el SS en Chiapas. Se les pidió a los participantes su consentimiento para utilizar su evaluación en este trabajo respetando la privacidad y la confidencialidad.

³ El caso clínico sigue teniendo una importancia crucial en la enseñanza de la medicina, ya que permite generar hipótesis, favorece que el pasante priorice la información, mejore su capacidad de comunicación, fundamente teóricamente el caso, contemple las cuestiones culturales, éticas, evalúe las limitaciones, proponga sus propias hipótesis y presente estrategias para enfrentar el problema. (Chaparro, 2004).

Resultados

La motivación

¿Por qué los pasantes deciden hacer el servicio social en Chiapas? La motivación es aquello que nos impulsa a tomar decisiones y acciones desde nuestro interior o por factores externos. En el primer caso la motivación es para demostrarse a sí mismo de lo que se es capaz, probarse, conocerse y estar orgulloso de lo logrado; la motivación externa es cuando se pretenden alcanzar metas o reconocimientos (Salazar, 2017; Trujillo, 2019).

Los pasantes llegan a Chiapas motivados por diferentes razones, sobre todo las mujeres, pues nunca habían salido del círculo familiar y querían hacerlo; la aventura de una nueva vida es un motivo suficiente en los jóvenes para querer arriesgarse a un cambio radical como el ir al medio rural. Pero también para demostrarle a sus familias de lo que son capaces. El inicio fue justamente una aventura, algunos nunca se habían subido a un avión, “*pero a mí, me gusta volar*”; esta analogía resume cómo se estaban descubriendo.

Algunos pasantes iniciaron esta experiencia en contra de las expectativas familiares; uno de ellos comenta: “*casi me desheredan, mi papá quería que hiciera el SS en el hospital, pero cuando salí del internado estaba decepcionado de la profesión, harto del maltrato en los hospitales donde si eres interno uno te pisotean desde el minuto 0*”; además, al pasante le molestaba la falta de consideración con los pacientes por parte del personal sanitario; esta fue una de las razones por las cuales optó por irse a Chiapas, y cuando tomó la plaza se dio cuenta que no había marcha atrás.

Otra motivación fue probarse fuera de su área de confort y ver lo que eran capaces de hacer.

Algunos pasantes renuncian al SS rural cuando se dan cuenta del enorme reto de estar prácticamente solos en un medio rural como el de Chiapas.

Llegar al servicio social

Una constante en la narrativa fue el impacto del entorno cuando llegaron a la comunidad: la naturaleza, el calor, la lluvia, el idioma, su desconocimiento de la cultura, fueron situaciones que no imaginaron enfrentar. “*El calor en ocasiones es insoportable y eso no lo había imaginado*”; tuvieron que vivirlo, así como la lluvia, los insectos y las condiciones generalmente precarias de la vivienda o del centro de salud. Trabajar con pocos recursos y dejar volar la imaginación para solucionar los problemas a los cuales se enfrentan fue una constante.

Dejarse sorprender por la belleza del entorno, la exuberante vegetación, los distintos tonos y texturas de verde; hay quien dijo “*para mí entre más concreto, mejor*” y su primera impresión al llegar al aeropuerto fue verlo rodeado de árboles.

Una de las pasantes recién llegada, quien tenía un mes en el servicio, nos contó sobre una mujer joven: “*cuando me platicó su historia, una chica sometida por los tratantes de blancas, violada repetidamente, logró escapar, pero la siguieron y continuaban amenazándola con llevársela yo solo quería arroparla para que no le pasara nada más*”. Esta empatía solidaria impulsa a enfrentar una situación como esa, va más allá de la atención médica y de su compromiso profesional. El humanismo del cual se habla repetidamente en la formación del médico, en un entorno ajeno e insospechado puede volverlo patente. Eso es lo que busca la UAM-X: un médico(a) comprometido(a) y solidario(a), una mejor persona; lo logran los pasantes a través de la experiencia del

SS en Chiapas. El contacto directo con las personas sometidas a experiencias duras, en contraste con ello(a)s que habían estado protegidas por su grupo familiar y social, los impacta y ayuda a reflexionar no solo sobre su práctica profesional, sino sobre su compromiso vital.

“Fuimos los primeros en tener plazas en la Casa del Migrante; soy enfermera, pero ahí era ‘la doctora’. Trabajé con los niños en situación de violencia; nadie los ayuda, aunque vean agresiones en las calles hacia ellos ni los guardias, ni la policía intervienen. Tres niños nacieron ahí, tuve que cuidar un bebé recién nacido y me dio mucho miedo, pero fue bonito, los papás me lo agradecieron. El último niño que nació fue producto de un abuso sexual, la madre nunca lo confesó... Ella no sabía su propio nombre, ni su fecha de nacimiento, todos los días salía enojada con ella. A su primer hijo se lo quitaron, tiene un trauma con respecto al bebé; nadie se le acerca, solo nosotros”. Enfrentar problemas complejos como los descritos, sin herramientas para abordar la salud mental de las personas afectadas por la violencia, es un reto al cual se enfrentan los pasantes; esta carencia se vincula con la manera de entender la salud, desde una perspectiva biologicista totalmente escindida, compartimentalizada. Sin embargo, esta visión está cambiando; actualmente se entiende la salud como resultado de múltiples factores biológicos, emocionales, sociales, culturales.

Atender la salud mental no es cuestión solamente teórica, se requieren técnicas, ejercicios para manejar tanto las emociones propias como de quien se atiende, además de la dificultad de establecer un diagnóstico y un plan de tratamiento asertivo. En el campo de la salud mental existe una gran dificultad para establecer un diagnóstico y contar con un equipo especializado que pueda contender con

la enfermedad; de hecho, es uno de los aspectos de la salud más relegado, si no se sabe sobre el tema se deja a un lado o se medica al paciente (Barukel y Stolkiner, 2018).

Al llegar a la comunidad *“te das cuenta de que tú vas a ser la responsable y vas a estar sola. Llegué a una unidad donde había dificultades, querían un médico hombre. Con el tiempo me gané mi lugar. En la consulta primero eran más mujeres que hombres, después se equilibró. Peleé con otra localidad que no quería la atención (finalmente la aceptó), estuve en riesgo de irme. Se lograron muchas cosas”*. Asumir la responsabilidad que implica ser el médico de una comunidad y hacer el trabajo lo mejor posible lleva a buenos resultados. Es importante que los pasantes vean sus logros; esto les brinda no solo una gran experiencia sino una profunda satisfacción y confianza en ellos mismos como profesionales y, más importante, como personas.

También hubo comunidades muy receptivas donde fueron muy bien recibidos: *“El pasante anterior me ayudó y me introdujo en la dinámica del centro de salud, me acompañó los primeros días. Llegamos y quedamos tres, los compañeros de la SSA nos apoyaron con la vivienda, nos acomodaron con sus familias. Tuve un cambio de unidad, no quería, teníamos carencias, no teníamos luz, y usábamos los celulares, era complicado; se me ocurrió hablar con el presidente municipal y le solicité cosas que necesitaba. Él dijo ‘agradezco que me pidan lo que necesitan’; entonces le pedí un carro para ir una vez al mes a otras microrregiones”*.

Hacer gestiones frente a las autoridades es una de las cosas aprendidas por algunos pasantes sobre la marcha; entender que las necesidades de salud no pueden enfrentarse en solitario y la im-

portancia de buscar apoyos; la atención sanitaria no es un problema de medicamentos sino del concierto de diferentes y variados recursos.

“Llegué con miedos por todos lados a la comunidad; en ese programa no existen las batas, me dieron una playera. En Chenalhó Chimich la gente se peleaba por tener una consulta y no podíamos atender a toda la demanda, cerramos. No podíamos controlar la demanda, todos los niños vivían prácticamente ahí (en el consultorio); Fredy, uno de ellos, estaba muy apegado a mí”. Los pasantes se ven rebasados por las necesidades y poner un límite es complicado, sabiendo que dejan a las personas sin atención.

“Me costó adaptarme a mi unidad de Nueva Palestina, cuando bajaba de la consulta a mi alojamiento, venía frustrada por los pacientes, me encontraba con mis compañeras. No sabía cómo atender los partos, ahí aprendí. Lo positivo de la nueva experiencia depende en gran medida de las personas con las que vayas. Me divertí, aprendí a conocer a mucha gente; ahora la gente prefiere atenderse conmigo, me fui feliz por lo que se logró hacer; cambios en algunas personas”. La experiencia compartida con otros compañeros(as) es fundamental para tener un equilibrio y enfrentar las dificultades que se presentan.

“Ver cómo llegan las personas enfermas cargadas literalmente desde sus comunidades. El primer paciente que me tocó tenía neumonía, no podía respirar, convulsionaba, y le suspendieron el medicamento; sus familiares y yo lo trasladamos a Ocosingo, a la mitad del camino el niño falleció. No puedes culpar a los papás, al otro médico, ni a ti. Les dije que podía intentar resucitarlo, pero no quisieron. Los papás agradecieron la atención”. Ver morir a las personas por falta de hospitales y clínicas accesibles es algo difícil de asimilar. La

salud no se debe únicamente a la atención médica, sino que es el resultado de diversos factores, entre ellos la pobreza, la educación, factores culturales, la lejanía de las comunidades de los hospitales, entre otros. Pero lo dramático es que la conjunción de todo eso cobra la vida de las personas, principalmente de las más vulnerables.

El valor de la comida, cuando se está acostumbrado a tenerla en la mesa sin cuestionamientos, fue un choque: *“La comida, frijol y tortillas, tuve que complementar con latas. La gente siempre lleva comida de regalo, ofrecían comida si vas a la consulta a domicilio”* compartir los alimentos es una forma de pago y de dar las gracias, en estas condiciones adquiere otro significado.

Los retos culturales

La cultura constituyó un desafío, empezando por el idioma; hay comunidades donde llegan tzeltales, tzotziles y choles. A los pasantes se les dan clases de tzeltal durante la capacitación mensual pero no en todas las comunidades se habla esta lengua; a veces cuentan con un traductor que puede ser el promotor. Además de la brecha por el idioma, hay un desconocimiento sobre las concepciones que tienen los diferentes grupos culturales sobre la salud, que pueden ayudar o entorpecer el trabajo de los pasantes, o incluso pueden ponerlos en riesgo si no se respetan usos y costumbres.

“En Zinacantán encontré alegría, color, textiles; ahí atendí mi primer parto, estaba emocionada, desconocía los aspectos culturales en la atención al parto, no sabía que las sábanas donde nació el bebé no se pueden lavar hasta dos días después del parto y que solo las lava la partera; además ella tiene que permanecer 48 horas al lado de la recién

parida”. Las concepciones culturales alrededor de la reproducción son de las más arraigadas en las comunidades, cuestiones que sorprenden a los pasantes quienes no tienen antecedentes de ellas; es importante considerar que las tradiciones se deben respetar para que la vida de la madre y la criatura estén protegidas. *“Se me hizo clara la necesidad de tener un sistema de salud acorde con su cultura, de calidad”*.

“Realmente en el SS aprendí otras formas de pensar y de vivir y de que las personas son felices; hay otras formas de entender la felicidad pese a las carencias”. *“Con una sonrisa te pagan todo”*. *“Me parece que sí saben sonreír, pero no a la manera que estamos acostumbrados, sabemos fingir alegría para que salga la foto”*.

“Alentamos a las promotoras para que sigan trabajando y aprendiendo. Encajé con el zapatismo, sus ideales, de autonomía, un mundo donde quepan muchos mundos”. Si bien las propuestas del zapatismo se mantienen vigentes y constituyen una esperanza, lo cierto es que todavía no se ha concretado este proyecto, necesario para mostrarnos un mejor camino para convivir y transitar en la vida.

La experiencia desde el marco institucional

Los pasantes no tenían contemplada la necesidad de hacer aliados y formar equipos de trabajo; la formación que reciben se basa en el individualismo y la competitividad. Además de continuar con el trabajo ya desarrollado por las(los) promotoras(es), en su mayoría mujeres, así como fortalecer los vínculos de trabajo con la comunidad, los pasantes tuvieron que ejercer un liderazgo de un día a otro, así como tomar decisiones importantes.

“Durante los primeros meses chocaba con los promotores, luego nos llevamos bien; hubo problemas con el médico anterior y los promotores me sentían como un invasor, te tienes que ubicar, llegas y ya quieres mandar; necesitaba aprender a respetar y no imponer mi punto de vista encima del de los demás, esto es indispensable para formar un equipo”. No solo se requieren conocimientos técnicos sino de comunicación para crear las condiciones de trabajo necesarias, sobre todo en un medio desconocido; el trabajo en equipo es una fortaleza fundamental cuando hay carencia de recursos y en el caso de los pasantes, cuando existe ignorancia sobre la cultura, la comunidad y la historia del propio servicio, como es el caso de problemas ocurridos con el médico anterior y cuando llega el siguiente hay un ambiente hostil.

“Logramos integrar un buen equipo de trabajo, el personal de base iba cuando quería, unas horas, o no iba, las inasistencias eran un problema, pero llegaron más personas y se pudo integrar el grupo. Me sorprendió la capacidad de participación de la comunidad; logramos levantar la consulta”. Ver concretados los logros de su esfuerzo sin duda le permite a los pasantes apreciar la trascendencia de su trabajo cotidiano; al final del SS tienen una perspectiva sobre el impacto de su trabajo en la comunidad muy distinto de cuando iniciaron.

Compañerismo

“Compartir con gente que tiene las mismas inquietudes que tú, y entender que el otro enfrenta las mismas dificultades, yo estoy rodeado de gente que tuvo dificultades que yo no tuve. Vimos las patologías más raras, pero también vimos morir a las personas por enfermedades que se pueden prevenir”.

“Hemos hecho una complicidad y hermandad entre los del SADEC, somos una gran familia, esto no se puede repetir. Se generan espacios de reflexión con los demás que te ayuda a frenar el miedo y te impulsa a seguir tus corazonadas”. El acompañamiento en el camino del SS da fortaleza e impulsa los lazos de solidaridad, de empatía, que de otra manera no se hubieran dado; el reunirse cada mes permite consolidar una amistad particular surgida de un entendimiento y reflexión sobre la situación que están viviendo. En este sentido, es importante mencionar la conducción y el compromiso en la coordinación del SS de la UAM-X, lo cual hace posible el encuentro mensual y el reforzamiento de los conocimientos necesarios en las comunidades, además de ser un referente hacia el exterior que les da respaldo por su trabajo reconocido tanto en las comunidades como por las instituciones de salud, sobre todo. *“Viví bien, los amigos forman parte del SS, no estamos solos, tenemos que aceptarnos con mente abierta”*. La convivencia es fundamental para la salud mental de los pasantes, la comunicación y la tolerancia los ayuda no solamente a madurar, sino a valorar a sus compañeros.

Dos pasantes se enfermaron; uno con una apendicitis, el otro de dengue. El primero se complicó, sin embargo, con la ayuda de sus compañeros, del personal del servicio y de SADEC pudo enfrentar la crisis y salir adelante.

Dentro del programa de SADEC hay convenios con otras instituciones a nivel internacional; asisten especialistas que visitan el proyecto por un tiempo establecido (de uno a tres meses); se incorporan con los pasantes y visitan las comunidades. *“Quiero seguir conociendo poblaciones, gentes de todos lados y aportar un granito de arena. Siempre termino aprendiendo”*. El inter-

cambio con personas de otros países contribuye a que los pasantes den perspectiva a su trabajo, los enseña a valorarlo y asientir la trascendencia más allá de la comunidad, lo cual puede ser ejemplar para contagiar proyectos así a otras poblaciones.

Cambio de perspectiva

La perspectiva personal es algo complejo; intervienen muchos factores, como el concepto de quién eres, es decir, las habilidades, limitaciones, expectativas, la imagen corporal, la capacidad para resolver problemas y enfrentar los retos de la vida, la visión desde la cual se plantan en el mundo, comprender por tanto elementos subjetivos, de identidad; estos tienen que ver con la interpretación personal de las experiencias.

El cambio de perspectiva involucra la reflexión libre; desprenderse de las formas habituales de referencia, cotidianas, lo cual permite trascender concepciones establecidas; así como las distintas formas de la relación del sujeto con el mundo donde se desenvuelve como un sujeto práctico. Sin embargo, esto no es simple, hay que considerar múltiples aspectos ya que los conceptos como abstracciones de la realidad no se pueden modificar si no hay otros elementos como las emociones y la necesidad de sobrevivir en entornos diferentes (Barreto, 2007).

“Yo me preparé mentalmente diciéndome: voy a esperar lo peor para que la experiencia sea positiva. Cuando llegué me encontré a unos , compañeros con quienes me costó trabajo interactuar; yo era muy aislado no quería ampliar mi círculo social. Un día frente al espejo me dije ¿realmente así quieres ser?”.

Una de las pasantes que se encontraba en la Casa del Migrante de una orden religiosa relató que

“el contacto con los migrantes me cambió mi perspectiva sobre ellos, entendí todo lo que implica la migración, mucho sufrimiento, pobreza, desolación, cuestiones de vida o muerte”. Este relato confronta la visión de los medios de comunicación que clasifican a los migrantes casi como delincuentes, como si fueran de una raza inferior, fomentando el racismo, la xenofobia, la discriminación, justificando el maltrato hacia esta población altamente vulnerable. Vivir de cerca y compartir con la gente el proceso de la migración cambia radicalmente su perspectiva sobre ésta. Sobre todo, compartir con la gente hombro con hombro los problemas de estar en un lugar de tránsito, con recursos limitados para la cantidad de población de todo tipo que ahí se alberga, edad, nacionalidad que necesita, ser acogida dignamente, vivir esta realidad es un choque frente al discurso dominante que los llevó a una reflexión propia.

Pero no solo cambia la perspectiva hacia los problemas del entorno sino frente a quienes son y lo que quieren hacer en la vida como trabajadores de la salud: *“Trabajar con los pocos recursos que se tienen, el idioma, las carencias que tiene Chiapas. Vienen a marcar la diferencia, ya no quiero estar en un hospital. En el Centro de Atención a la Mujer (CAM) se sientecalor familiar siempre serás CAM. Llegué con miedo y encontré otra familia, me voy sintiendo que dejé algo en la gente”.*

“Me encontraba hundido. No sabía qué hacer, fue sorprendente que la gente te apoya a pesar de que sabe que te equivocas; esto significó un punto de inflexión en mi vida, me dije ‘déjate de tonterías, vuélvete más proactivo’”. *“Me dio vértigo, pero aun así me preparé para el maratón y lo logré. También me dio dengue y la promotora se contagió; la gente estaba esperando la consulta y le dije tenemos de dos o cerramos o atendemos en*

esas condiciones; tuve sentido de pertenencia a la comunidad y le dije a la promotora no podemos dejarlos solos, hay que abrir". Con esta acción el pasante no solo abrió el servicio, se abrió a una nueva manera de entender su compromiso social, la responsabilidad que en ocasiones se debe encarar incluso contra el propio bienestar.

Retos sanitarios

"Quiero nombrar a las lombrices porque formaron parte de mi SS. Nuncapensé toparme con esta enfermedad; hay que cambiar los esquemas de medicación, aquí no funcionan". La desparasitación es una batalla sin cuartel; en las comunidades los niños se parasitan constantemente, hay que buscar alternativas para que no sea así, no se puede cambiar el medio y la forma de vida, la carencia de agua⁴, de conocimientos sobre la higienede los alimentos, el contacto directo con los animales, todo contribuye a generar un círculo vicioso de transmisión. Las políticas de salud generalmente se diseñan para todo el territorio nacional sin considerar lasabismales desigualdades que existen entre un medio urbano y rural, por ejemplo.

"Hay comunidades más difíciles que otras como Los Llanos en Chamula, pero en todos lados hay gente muy buena; ahí me encontré con la señora que me abrió la puerta del tzotzil, me dio comida, al contacto con las mujeres entendí su lucha en esas comunidades. Hubo un intercambio, cada mes veía un cambio en mí; llegaba a los partos y decía por qué vine aquí" (contaba entre sollozos). Estar abierto(a) y receptivo(a) a las enseñanzas que ofrecen tanto las experiencias como las personas es un avance.

⁴ Chiapas es el estado que más consume Coca-Cola a nivel mundial. Los residentes de Chiapas consumen Coca-Cola debido a que es más fácil y barato encontrarla en cualquier lugar, que una botella con agua pasteurizada (García, 2020)

El significado de la atención hospitalaria en un contexto rural es muy distinto al medio urbano; allá un traslado cambia por completo la dinámica familiar, se requiere de muchos recursos, no solo materiales, para tomar la decisión de viajar a otra población, pagar alojamiento, más los gastos de la hospitalización, tener quien cuide de los otros hijos, animales, no es algo sencillo, por eso es difícil para las personas tomar esadecisión. *"La niña llegó con neumonía, estaba grave, les dije que debíamos llevarla al hospital, los padres no quisieron, los padres me dijeron '¿y a mis otros hijos quién les va a dar de comer? Dele algo para la tos'; pensé que no le daban el valor a los hijos, juzgue mal. Después ves el trasfondo del problema, los otros hijos se van a quedar desamparados. No te queda más que entender y aceptar la situación*". Es necesario reflexionar sobre lo que significa una cultura de la sobrevivencia.

"Pacientes con VIH que llegan con sida o tuberculosis, por trabajar en Playa del Carmen o Sinaloa, que rebotan de institución en institución y no los atienden, ni les dan el tratamiento adecuado ¿qué se requiere para atender esas necesidades? Es determinante el entorno social del paciente, el resultado de la pobreza. Se requiere una transformación de las comunidades, generar oportunidades ahí, para que las personas no tengan que enfrentar cuestiones que los llevan a la enfermedad y a la muerte. Hasta donde alcanza nuestro compromiso profesional". Durante el SS se hacen evidentes las limitaciones de la medicina, sobre todo en el campo; surge entonces la reflexión en los pasantes sobre la importancia de tener instituciones de salud más acordes con su realidad social y cultural, pero también contar con un adecuado desarrollo económico en las comunidades para que las personas no tengan la necesidad de trabajar lejos, donde se vuelven todavía más vulnerables, en entornos que los colocan en los úl-

timos peldaños sociales y acumulan factores de riesgo que finalmente pueden acabar con su vida.

Discusión

El aprendizaje que los pasantes describen se puede considerar como un ejemplo del aprendizaje significativo (AS), en donde juegan factores como la experiencia personal y el contexto. El mapa conceptual previo sirve de soporte al nuevo aprendizaje y permite acomodar y reelaborar los viejos y nuevos conceptos; en este caso no sigue un desarrollo curricular preestablecido, sino la necesidad de responder a cuestiones muy concretas; cada pasante va siguiendo su propio camino y la búsqueda de conocimientos obedece a la búsqueda de respuestas. El aprendizaje no solo significa conceptos nuevos, sino cambios de perspectiva y nuevas interrogantes. Se trata de un aprendizaje efectivo no solo conceptual; en el caso de medicina se trata de desarrollar habilidades prácticas, por ejemplo, la atención al parto o dar consulta, considerando además la responsabilidad que adquieren los pasantes al llegar a los lugares de servicio como médicos, enfermeras, estomatólogos, etcétera (Ausbel, 1983). El pasante es una persona en formación, todavía le falta experiencia profesional y a veces vital, sin embargo, en el SS ellos son responsables de atender a los pacientes y es ahí donde la parte emocional juega un papel fundamental; para el aprendizaje significativo la parte emocional contribuye a que la experiencia realmente se arraigue en la estructura mental. En la experiencia clínica es importante el bagaje de conocimientos para llegar a un diagnóstico y a un plan de tratamiento; se ha observado que el llamado “ojo clínico” ni siquiera tiene que ver con la capacidad de resolver problemas, sino con la habilidad de establecer características esenciales dentro de un marco conceptual; lo esencial es ese bagaje que soporta la actividad clínica (DocTutor de educación médica, 2014).

La toma de decisiones no solo tiene que ver con el diagnóstico sino con la reflexión ética en contextos culturalmente específicos. En teoría, el AS obedece a una experiencia planeada; en el caso de Chiapas, como ya se mencionó, el contexto es variado y la experiencia de aprendizaje deriva de la necesidad de responder a lo que la demanda requiere, así como a la necesidad de afrontar emergencias, en algunos casos con pocos recursos, y acompañar a los pacientes y familiares en el proceso de la muerte.

Los pasantes en el campo se dan cuenta de la importancia de los factores sociales como determinantes de la salud, los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. Reducir las inequidades actuando sobre los determinantes sociales de la salud (OMS, 2009) aspecto en el cual la UAM-X insiste durante su formación pero que el alumno no valora en su justa dimensión hasta que llega al SS rural; los pasantes lo expresan de una manera contundente al decir que la gente muere muchas veces por la falta de servicios asequibles, por cuestiones culturales, económicas, y ven morir a personas que no deberían hacerlo simplemente porque no cuentan con recursos suficientes. (Ramírez de la Roche, 2012).

Un aspecto fundamental del AS va sobre la elaboración de nuevos conocimientos partiendo de los previos y del bagaje con que cada uno de los pasantes cuenta, lo que sean capaces de elaborar con estos nuevos aprendizajes, dependiendo de la experiencia individual y la necesidad de solucionar los problemas de salud a los que se enfrentan, a veces sin tener experiencia previa, ya que ellos transitan por experiencias clínicas en medios hospitalarios supervisados por personal sanitario

calificado, por tanto, su responsabilidad frente a los enfermos y familiares se encuentra cobijada por una estructura que les guía y protege. En el SS rural no necesariamente sucede así; algunos pasantes relatan que no sabían cómo atender un parto, sobre todo en casa, con su habilidad como único recurso para enfrentar el problema y, sin embargo, aprenden cómo hacerlo. Otra cuestión radica en el desconocimiento de los saberes tradicionales, siguiendo este mismo ejemplo sobre la atención al parto, los cuales tuvieron que aprender sobre la marcha; además aprendieron a respetar las creencias, lo cual les abrió sus perspectivas de vida.

Conclusiones

El servicio social en Chiapas transforma a los pasantes, es una experiencia intensa que les permite no solo mejorar sus habilidades como médicos sino cambiar, a veces radicalmente, sus puntos de vista. El aprendizaje alcanzado como AS queda grabado en su estructura mental y emocional. Lo expresado por los pasantes en la evaluación es conmovedor porque lo hacen desde su interior, en un ambiente en donde todos participan de la experiencia y desde la confianza, el compañerismo y la empatía. Esto no significa una visión idílica, pero algunos pasantes se han quedado a trabajar en Chiapas, y no todos han mantenido su compromiso profesional de buena fe, sin embargo, el SS es una experiencia valiosa que los ayuda a definirse como personas y como profesionales. Es conveniente que la UAM mantenga y amplíe los programas de impacto social como el de desarrollo humano, no solo por el compromiso y la responsabilidad social que tiene como institución educativa, sino por la oportunidad que brinda a los recién egresados de vivir experiencias valio-

sas que les ayuden a entender la importancia de su quehacer profesional.

En general los pasantes relataron que dejan: amor, amistad, una familia, experiencias, aventuras, miedos, valores, esperanza, apoyo, dignidad, solidaridad, cuidado humano, una realidad de lo que es la salud, aprendizajes.

Se llevan experiencias, confianza, aprendizajes, conocimientos, seguridad, humildad, nuevos puntos de vista, amigos, risas, dudas; otra manera de entender su compromiso profesional, la necesidad de seguir aprendiendo, un nuevo inicio. Hay quien dejó algo muy concreto: *“Dejé un mural, es mi legado, espero que dure muchos años”*.

“Llegamos siendo una persona y nos vamos siendo otra. Dejo y me llevo la exigencia de alzar la voz. Me llevo gratitud, experiencia y compromiso”. *“Veo en las mañanas, en el muro de mi cuarto, la pintura de las manos de todos los que estuvieron aquí, y me recuerdan que si ellos pudieron yo también puedo, entonces me digo: ‘Levántate cabrón, tienes que hacer un mundo mejor’”*.

De esta forma, consideramos importante profundizar en la discusión desde la universidad. Es necesario buscar vinculaciones y apoyarse en otras instituciones para fortalecer el trabajo, que debe ser colaborativo, colectivo, no solo individual, si no hay gran frustración (Palomino, Grande y Linares; 2014).

La experiencia personal fue descrita por los pasantes como *“algo profundo que les cambió la vida”*, así como su perspectiva sobre la salud y los hizo replantearse su compromiso profesional.

Referencias bibliográficas

- Ausubel, D. (1983). *Teoría del aprendizaje significativo*. Fascículos de CEIF, 1:1-10.
- Barreto, L. (2007). “Sobre los cambios de perspectiva en el conocimiento”, *Ideas y Valores*, vol. 56, Núm. 134: 77 – 92.
- Barukel, A. y Stolkiner, A. (2018). “El problema del diagnóstico en salud mental: clasificaciones y noción de enfermedad”, *Saúde em Debate*, vol. 42, Núm. 118: 646-655.
- Bayona, E. (2011). “Enfermedad y pobreza en la Sierra de Chiapas”, *LiminaR*, vol. 9, Núm. 2: 93-115.
- Chaparro, L. (2004). “Uso de los casos clínicos como estrategia didáctica en la enseñanza de anestesia”, *Revista Colombiana de Anestesiología*, vol. XXXII, Núm. 4: 281-284.
- Colmenares, A. (2012). “Investigación-acción participativa: una metodología integradora del conocimiento y la acción”, *Voces y silencios. Revista latinoamericana de educación*, vol. 3, Núm. 101: 102-115.
- Coneval (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social). (2020). Pobreza y marginación 2020. <https://www.coneval.org.mx/quienesomos/Paginas/Quienes-Somos.aspx> (consulta 08 febrero de 2021).
- Cuevas, J. (2007). Salud y Autonomía: el caso Chiapas. https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/autonomy_mexico_2007_es.pdf. (consulta 10 de febrero de 2021).
- DocTUtor de educación médica. (2014). El aprendizaje significativo: importancia en la educación médica. <https://www.doctutor.es/2014/01/07/el-aprendizaje-significativo-importancia-en-la-educacion-medica/> (consulta 10 de febrero 2021).
- Freyermuth, M. y Luna, M. (2014). “Muerte materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud”, *Realidad, datos y espacio. Revista de estadística y geografía*, vol. 5, Núm. 3: 44-61.
- García, S. (2020, septiembre, 01). “Chiapas, líder mundial de consumo de Coca-Cola”, *El financiero*, <https://www.elfinanciero.com.mx/opinion/salvador-garcia-linan/chiapas-lider-mundial-de-consumo-de-Cha-cola/> (consulta 01 de septiembre de 2020).
- Heredia, C. (2009). *La UAM-X, El servicio social y la atención a la salud en Chiapas. De la clínica a lo social, luces y sombras en el D.A.S.*. México: UAM-X.
- Hernández, S. (2014). Metodología de la investigación (6a. Ed.). México: McGraw Hill.
- Jiménez, H. y Núñez, G. (2016). “El sistema de salud de Chiapas ante la transición demográfica y epidemiológica”, *Cuadernos del CENDES*, vol. 33, Núm. 92: 79-103.
- Montero, E. y Cruz, M. (2014), “Servicio social de medicina en el primer nivel de atención médica: de la elección a la práctica”, *Revista de Educación Superior ANUIES*, vol. 43, Núm. 172: 79-99.
- Mungaray, A. y Ocegueda, J. M. (1999). “El servicio social y la educación superior frente a la pobreza extrema en México”, *ANUIES (Documentos)*, México.
- Observatorio de Mortalidad Materna. (2021). Boletines semanales de muerte materna. <https://omm.org.mx/sistema-de-indicadores/boletines/> (consulta 03 de marzo de 2021).
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2009). Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf (consulta 11 de octubre 2021).
- Palomino, P.; Grande, M. y Linares, M. (2014). “La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI”, *Revista Internacional de Sociología*, vol. 72, Núm. 1: 71-91.
- Peña, J. (2013). “Responsabilidad legal del estudiante de medicina en Jalisco (México) durante el proceso de internado, servicio social y residencia médica

- de especialidad”, *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses*, núm. 7: 19-40.
- Ramírez de la Roche, O.; Hamui, A.; Reynaga, J. et al. (2012). “Condiciones de trabajo de los médicos pasantes mexicanos durante el servicio social”, *Perfiles Educativos*, vol. XXXIV, Núm. 138: 92-107.
- Ramírez, C. (2012). “El entorno histórico en el que se dio el Servicio Social”, *Gaceta Médica de México*, Núm. 148: 281-283.
- Reina, E. (2021, febrero, 03). “El infierno de Mariana: seis meses de abuso sexual que nadie escuchó”, *El País*, <https://elpais.com/mexico/2021-02-03/el-infierno-de-mariana-seis-meses-de-abuso-sexual-que-nadie-escucho.html> (consulta 03 marzo de 2021).
- Salazar, A. (2017). Motivación intrínseca y extrínseca: La base del comportamiento humano. <https://blog.cognifit.com/es/motivacion-intrinseca-extrinseca/> (consulta 13 de febrero de 2021).
- Trujillo Pons, M. (2019). En qué se diferencia la motivación intrínseca y motivación extrínseca. Blog de Recursos Humanos Hoy (IMF). <https://blogs.imf-formacion.com/blog/recursos-humanos/motivacion/diferencia-motivacion-intrinseca-motivacionextrinseca/#:~:text=En%20la%20motivaci%C3%B3n%20intr%C3%ADnseca%20la,%2C%20castigo%2C%20etc> (consulta 20 de febrero de 2021).