
**MICRODIAGNÓSTICO DE LA SALUD BUCAL
CHIAPAS 2018- 2019
REPORTE DEL SERVICIO SOCIAL**



PROGRAMA DE DESARROLLO HUMANO
SALUD Y DESARROLLO COMUNITARIO

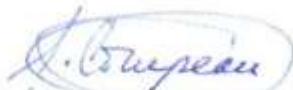
MARÍA BELÉN MIGUEL CÁRDENAS
MATRÍCULA 2133062998

DR. JOEL HEREDIA CUEVAS
ASESOR



HEREDIA CUEVAS JOEL
Asesor Interno

Nombre y Firma



COMPEÁN DARDÓN SANDRA

Comisión de Servicio Social de Estomatología

Nombre y Firma

A mi madre, por la entrega total para mi desarrollo personal y profesional.
Al amor y comprensión incondicional de mis sobrinos, hermanas y hermano.
A Mari, Julita, Rosa, Silverio, Gerardo, Sandra, por su apoyo y confianza por
hacerme integrante de la Clínica Autónoma y sus comunidades.

A Salud y Desarrollo Comunitario y al Programa de Desarrollo Humano de la
Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, por permitirme conocer
otra perspectiva de la salud bucal en México

Tabla de contenido

PROCESO DE ADAPTACIÓN	6
DIAGNÓSTICO DE SALUD.....	12
INTRODUCCIÓN.....	12
MARCO TEÓRICO.....	12
DIAGNÓSTICO COMUNITARIO	16
CHIAPAS.....	16
Datos fisiográficos	16
Indicadores sociales.....	19
Indicadores económicos.....	27
Indicadores políticos	28
Indicadores culturales	33
Ocosingo. La puerta a la selva Lacandona.....	35
Hidrografía	36
Comunicación	36
Vías de acceso y transporte	36
Educación	37
Salud.....	37
Natalidad y Mortalidad	38
Marginación	38
Indicadores Culturales y económicos.....	38
Las Tazas	39
Emiliano Zapata ★.....	45
La Garrucha★	48
Conclusiones.....	57

SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS Y PERFIL DE MORBILIDAD.....	59
Marco Teórico	59
Programa de Salud Bucal. Estomatología.....	62
Atención dental.	63
Formativa	66
Promoción de salud dental.....	71
Resultados y Análisis.....	75
Perfil de morbilidad.....	81
La Garrucha. Clínica Jesús De La Buena Esperanza	81
Las Tazas. Clínica De Los Pobres.	84
Emiliano Zapata. Clínica Compañera Lucha.....	87
Análisis General.....	90
Conclusiones	92
CERRANDO EL SERVICIO SOCIAL	93
ANEXOS	94
REFERENCIAS	101

PROCESO DE ADAPTACIÓN

El 28 de enero de 2018, me aventuré en tomar las riendas de mi camino fuera de casa, me dirigí hacia la terminal poniente de camiones de la ciudad de México, para tomar el camión rumbo a la Ciudad de Palenque, Chiapas; con el propósito de realizar mi servicio social, tenía una idea aproximada de lo que esto competía, sin embargo, tenía miedo de deprimirme durante el primer mes, puesto que es la primera vez en mi vida que he estado sola, en otra ciudad, conviviendo con jóvenes de mi edad en otro sitio, nunca había viajado tan lejos de casa o vivido lejos de ella. He llevado una vida en la CDMX tan rutinaria que ocasionalmente olvidaba lo que pasaba a mi alrededor, sin embargo, no siempre fue así, me gustaba intentar hacer algo diferente, en casa siempre apoyaba con tareas domésticas, preparaba la comida en casa, iba a trabajar, etc. Desde que era pequeña mi madre me enseñó a realizar varias labores que me ayudaran en el futuro y en efecto pasan, Chiapas pasa ahora, no vine tan preocupada, me he dado cuenta de que varias de las cosas que se hacen dentro de la comunidad, llegué a presenciarlos y llevarlos a cabo en mi pueblo de origen, Santa María Citendejé, Jocotitlán, Estado de México, muchas costumbres y tradiciones se pierden con el paso del tiempo, es de sabios aprender a no dejar ir todas.

Respecto a Chiapas, nunca lo había visitado, es una cultura completa, me agrada la idea de saber que estados como éste aún conserven sus lenguas maternas, en comparación del resto de la República Mexicana- se vive una cosmovisión única dentro de una era posmodernista, puesto que es arraigada a su cultura, pero también es capaz de combinarla con otras.

Por lo que ahora puedo decir, que, durante los primeros meses que he permanecido en la comunidad de la Garrucha han sido provechosos, he convivido con la población, mi primer contacto con ella, fueron los promotores de salud (Julia, Mari, Silverio, Gerardo, Sandra, Marcos, Mauricio, etc), quienes me han apoyado con la interpretación y traducción del idioma Tzeltal, les he tenido un gran afecto, que nos hemos considerado como una familia, amigos y compañeros de lucha, entendiendo

el concepto de lucha no solo de guerrilla o rebeldía, sino de aquella fuerza y ganas por salir adelante juntos, haciendo y ofreciendo atención médica y dental de calidad para todos. Aportando día a día conocimientos y experiencias de forma recíproca, desde enseñar anatomía dental, hasta aprender a tortear *ixim con chu'm amarilla y che'nek*.

Por otra parte, la primera consulta dental la compartí con mi compañera pasante y antecesora, Iveth Morales y con el promotor dental Carmelino, así que mi primera impresión que di hacia los pacientes, no fue tan difícil, puesto que ambos me ayudaron con la parte de anamnesis, si los clasifico por nivel de complejidad quedaría: a) fácil por su poca extensión a comparación del formato que llevaba anteriormente en la universidad, b) intermedio por el diagnóstico y tratamiento que se debía dar al paciente y c) difícil en la interpretación y traducción del dolor dental por parte del paciente. Con el paso de los días pude identificar palabras como: *cux, bakel, eil, talemon, binti, etc*; formando frases para comunicarme mejor con los pacientes y promotores. Como bien menciono ya, dentro de algunas complicaciones son: el idioma, la falta de luz, ocasionalmente de agua y la no succión de la unidad dental, en estas condiciones es difícil atender de la mejor manera y realizar los tratamientos y restauraciones debidas en los pacientes, perdiendo de vista el objetivo inicial de la práctica odontológica. Sin embargo, tales dificultades me llevaron a crear ideas para facilitarme la consulta dental, así como la compañía formal de la promotora dental en formación.

En la consulta dental actualmente he logrado generar una relación de confianza con pacientes. Desde el momento de recibir al paciente, la impresión como profesional de salud, debe ser respetuosa y amable, usando al mismo tiempo un lenguaje no tan técnico para facilitar la traducción (en caso de ser necesario), para realizar la anamnesis y explicar al paciente el diagnóstico, el tratamiento a realizar y las indicaciones que debe seguir. En odontología se llevan a cabo lineamientos que se deben establecer para que haya un buen manejo del paciente, tales son: “decir, mostrar y hacer”, esto es más dirigido a pacientes pediátricos puesto que el abordaje es en su mayoría complicado, y en mi comunidad lo he puesto en práctica con todos

los pacientes ya que me es sencillo y entendible para el paciente, cabe mencionar que me apoyo también con ejemplos tangibles para explicar el proceso de enfermedad que tenga el paciente. Y en el caso de los pacientes pediátricos se les obsequia un presente, debido a que son pacientes cooperadores en la consulta dental, con el fin secundario de la importancia del cuidado de sus dientes, lo explico así debido a que se puede malinterpretar el acto del regalo y podría hacer creer a los niños que a cada consulta dental se les regalará algún presente.

En las comunidades en las que roté me encontré con situaciones que reducen el volumen de pacientes en consulta, debido a diversos motivos, dentro de ellos: la nula o falta de presupuesto para pagar la consulta y tratamiento dental, aun cuando es un costo bajo, la lejanía y el tiempo de camino- por la distancia entre comunidades, la falta de información sobre el aseo y cuidado bucal, y por ende la inasistencia; otra es la consulta ejercida por el promotor dental de confianza, quien encabeza la consulta por la experiencia en el tratamiento de dolor, aclarando que esto me pasó más en la comunidad de “Las Tazas” donde existe un promotor dental por fuera de la clínica autónoma, además es importante mencionar que en una comunidad todos se conocen, mientras se eliminé el factor que exagera el dolor, los pacientes quedan agradecidos y satisfechos, agregando también el costo de los tratamientos dentales y la posibilidad de alcance de realizar tratamientos protésicos

Lo antes mencionado se relaciona con la carencia de recursos dentro de la organización zapatista o la gubernamental, así como el poder adquisitivo limitado, los apoyos económicos de programas sociales reducidos, el mercado local llevado a cabo por tiendas dentro de una comunidad que es funcional pero limitado, es decir la posibilidad de que hayan mayores ganancias son bajas debido a que se vende lo mismo y solo varían por pesos los productos.

En conjunto con lo anterior, se podría decir que lo que genera indecisión por acudir a consulta dental es por la presencia de un desconocimiento parcial sobre temas de salud bucal o por tener una idea diferente sobre el concepto de salud bucal, así como las prácticas médica y dental ejercidas por los médicos del pueblo quienes

empíricamente han tenido éxito en su abordaje ante alguna enfermedad estableciendo parámetros de salud entre lo que es normal y lo anormal, entendiendo éstos conceptos como sinónimos de salud para darle atención en salud a su comunidad, por mencionar: el herbolario con el uso de plantas medicinales curan enfermedades o disminuye los síntomas, el huesero quien a través de vendajes y masajes, acompañado de herbolaria, arregla contracturas o esguinces, el sacamuelas quien alivia el dolor dental quitando el diente que duele, dichos personajes son vistos como figuras sociales muy importantes y son el primer contacto con temas de salud; quienes surgieron a raíz de las necesidades de los pueblos.

Realizando este breve análisis, lo que compete en las clínicas autónomas el médico y estomatólogo pasante del servicio social no somos excluidos o ajenos a ellos, representamos en una comunidad una gran figura en los diferentes grupos y núcleos sociales, por lo que su rol y función debe ser completa, inclusiva y homogénea, una vez teniendo esto la comunidad nos integra a ellos. Es por ello que de primera instancia es importante involucrarnos dentro del trabajo de salud comunitaria de la organización autónoma zapatista.

Previamente a la guerrilla del '94, el trabajo comunitario en temas de salud era realizado por organizaciones de la sociedad civil donde logra establecerse y da inicio a la atención, de acuerdo a las necesidades de las comunidades. Una vez pasada la guerrilla, el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) que ya estaba formado y trabaja de forma clandestina, en conjunto con las organizaciones civiles adopta la forma de trabajo comunitario en salud y lo lleva a las comunidades autónomas, atendiendo así a una de sus exigencias "salud, para todos y todas". Recibiendo y dando capacitación a gente de la comunidad a quienes se les llama promotores de salud general, cada promotor está asignado para trabajar en su comunidad o acudir a una clínica autónoma, ya sea dentro del caracol o en otra comunidad, de forma rotatoria o permanente, pasando por los tres niveles de formación: básico, intermedio y avanzado, si el promotor decide no solo formarse en salud general y ser promotor dental, laboratorista, etc, deberá ser nombrado por

su comunidad y autoridades, y además, en caso de ser promotor dental deberá tener un nivel intermedio debido a los temas y práctica que le servirán para entender el proceso salud enfermedad de la cavidad bucal.

Por ello como estomatóloga pasante del servicio social (EPSS) tengo la responsabilidad de aprender la lengua Tseltal no solo para poder llegar a mis pacientes, sino para la formación de promotores dentales en la comunidad de La Garrucha que es donde se encuentra el III Caracol Autónomo Zapatista: el Caracol de la Resistencia hacia un Nuevo Amanecer, me encuentro de pasante de tiempo completo y he permanecido en ella desde el mes de febrero 2018 en la clínica Jesús De La Buena Esperanza, a partir de ese mes inicié la formación de promotores dentales con promotores de salud general que esporádicamente rotaban en la consulta dental, posteriormente se quedó una promotora de salud general de nivel intermedio que actualmente realiza prevención dental y operatoria.

Acudí a otras clínicas autónomas, en la comunidad de “Las Tazas” en la Clínica De Los Pobres, donde estuve los primeros 10 días en los meses de abril, mayo, junio y julio dando consulta dental y en los últimos meses en la formación de una promotora de salud general muy joven, el resto de días estaba de forma permanente en la comunidad de la Garrucha. En la Clínica Compañera Lucha de la comunidad “Emiliano Zapata” permanecí en los meses de junio y julio dando consulta y formación dental a promotores de salud general dos de ellos de nivel intermedio y otro de nivel avanzado, así como la asistencia en campañas de salud y dental. Para acudir a las tres clínicas alterné los días de cada mes, así como dividiéndolos.

Dentro de la consulta dental y la formación dental he tenido algunas inseguridades por la carencia de algunos conocimientos, debido a que nunca había visto algunas lesiones en boca y que en comparación con las que se ven en la ciudad llegan a diferir. Además que en comparación con la práctica en las clínicas estomatológicas de la universidad, estaba acompañada por la planta docente en turno; en el consultorio estaba acompañada y guiada por mi colega, en cuanto a los pacientes son diferentes debido a la dieta que se consume, el tipo de cráneo, la forma y

espacio de arcadas, los hábitos de higiene bucal son pocos o nulos. Por dichas razones, padecimientos no vistos previamente o que los desconocía, se me complicaba explicar en consulta los motivos de su padecimiento y el tratamiento también. Una vez viéndome en tal situación decidí releerme temas de medicina bucal, anestesia, anatomía, así como abastecerme de información en temas de medicina preguntando a mis compañeros pasantes de medicina, y de investigar y compilar las principales enfermedades bucales en el estado y su tratamiento dental y el alternativo.

Por otra parte, en cuanto a realizar el servicio social en comunidades, he valorado la experiencia del servicio social y creo en absoluto que es completo por la formación no solo profesional sino también la humana y la oportunidad de aprender de otros, costumbres, hábitos, lengua (no solo Tselal sino interactuar con Tsoilsileros), entender sus tradiciones, integrarse con su gente: con los músicos sentarse a tocar y bailar canciones, incluirse en actividades con los promotores de las clínicas, conocer sus experiencias, compartir casos clínicos, jugar basquetbol, comer juntos en la mesa y cocinar juntos, ir a casas como invitados de amigos de la comunidad, a eso le llamo adaptación.



DIAGNÓSTICO DE SALUD

INTRODUCCIÓN.

El fin de este apartado es dar a conocer a través de un marco teórico, la situación actual del derecho a la salud y su interacción con el sector económico, político y social en México. Posteriormente, se darán a conocer las tres comunidades: *Las Tazas, La Garrucha y Emiliano Zapata*, en donde realicé rotación durante el servicio social, estableciendo así un diagnóstico de salud comunitario.

MARCO TEÓRICO

En México contamos con un sistema jurisdiccional creado por el Estado, donde existen normas y ordenamientos constitucionales que regulan los servicios de salud, por mencionar algunos encontramos: el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud (publicada en el Diario Oficial de la Federación publicada en el año de 1984), Normas Oficiales Mexicanas, etc.. (Charvel, S.2009); que determinan como debe ser ejercida la salud en las instituciones de salud pública y privada.

El derecho a la salud es un derecho universal, humano y social, es decir que de acuerdo a la constitución se determina que tanto mujeres y hombres, niños y niñas deben de gozar de acceso gratuito a la salud de forma igual, con calidad y de carácter completo y esto se complementa de acuerdo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) de 1948, que en su artículo 25 establece “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...”(DUDH.1948). Así como lo estipula, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definiendo a la salud, como bienestar físico, mental y social, y no solo en ausencia de afecciones o enfermedades del individuo; es decir que para lograr el estado de salud se debe trabajar desde el entorno individual y el social.

El Pacto Internacional sobre los derechos sociales, económicos y culturales son aquellos derechos que en sus artículos favorecen el respeto de la dignidad inherente a la persona humana de cada individuo que forma parte de los diferentes Estados

partes, dentro de ellos los artículos más importantes, en lo que confiere a la salud se respalda lo siguiente (PIDECS. 1966):

Los Estados Partes tienen que:

“(...) garantizar el ejercicio de los derechos... sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica nacimiento o cualquier otra condición social” (Parte II. Art. 2 apartado 2 PIDESC).

Por lo cual el acceso a los servicios de salud, no debería ser limitada o nula la asistencia sanitaria de grupos vulnerables, debe ser homogénea, la actitud del prestador de servicio (profesional médico, asistencial, etc...) debe ser inclusiva y respetuosa.

“...reconocer el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social”. (Art. 9 PIDESC)

Los alcances del Estado Mexicano, debe contar con los recursos necesarios y suficientes para poner en práctica el derecho a la salud, con acceso por igual para todos, en sus diferentes instituciones de salud.

“...reconocer a la familia, que es elemento natural y fundamental de la sociedad la más amplia protección y asistencia posible...”.

“... protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto...”.

“Se deben adoptar medidas especiales de protección y asistencia en favor de todos los niños y adolescentes, sin discriminación alguna por razón de filiación o cualquier otra condición... protección contra la explotación económica y social. Su empleo en trabajos nocivos para su moral y salud, o en los cuales peligre su vida o se corra el riesgo de perjudicar su desarrollo normal...”. (Art 10 PIDESC).

Se reconoce a la familia como núcleo social, central en el cuál se forma a cada individuo, por lo que su protección debe ser completa- respetando cada uno de los

derechos humanos los cuales son: derecho a la salud, educación, vivienda digna, vestido, etc..., sin embargo al carecer de ella, los más jóvenes (niños y niñas) en lugar de gozar de sus derechos, realizan trabajos para proveer recursos económicos para la mínima satisfacción de calidad de vida que puedan tener, a lo que se le llama explotación infantil, un problema muy visto a nivel nacional.

“...derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental...” (Art 12 PIDESC)

Todo esto recae en conjunto con los diferentes determinantes sociales de la salud, éstos se refieren a condiciones sociales y económicas, que ya sea a un individuo, una familia, un grupo social, un pueblo, etc.; pueda ser vulnerable a padecer una enfermedad, debido a que éstos condicionan la vida de las personas. Por mencionar unos: riesgos laborales, distribución del ingreso per cápita, estilo de vida (individual y colectiva), herencia genética, disparidad de ingresos por género; mujeres, niños y adolescentes con trabajo informal incluyendo la explotación laboral, reconocimiento de mujeres ante la participación en los diferentes parlamentos, reducción de matrícula escolar en las escuelas públicas, víctimas de discriminación y exclusión racial y étnica en todos los sectores (educación, salud- acceso a los servicios de salud), sumando a la población activa. Ante todo La Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud de la OMS declaró que la distribución desigual de los fenómenos que dañan la salud no es un fenómeno natural sino que es el resultado de una “combinación tóxica” de políticas públicas de la pobreza, acuerdos económicos desiguales y mal gobierno (Escudero, et al 2008).

En consecuencia encontramos obstáculos presentes: falta o nula presencia de médico de atención primaria, factores geográficos, prioridades de supervivencias, comorbilidades, falta o nula existencia de seguro de enfermedades, falta o nula información y conocimiento, modos de vida riesgosos, creencias y actitudes culturales, susceptibilidad de enfermedades infecciosas, crónico degenerativas, neoplásicas, et al.

El ejercicio del Estado es incompleto y limitado, complementando el párrafo anterior de acuerdo a Montiel L. describe lo siguiente: "...respecto a **qué instancia debe ser responsable de distribuir y proporcionar los bienes y servicios de salud (el estado o el mercado)**, en México inicialmente, el Estado se debía hacer cargo de la distribución de los bienes de salud mediante el sistema nacional... el Estado mexicano ha estado realizando reformas estructurales que favorezcan una distribución de la salud mediante el sistema de mercado"¹. Lo cual es cierto, actualmente es insuficiente el sector salud, los centros de salud no tienen los medicamentos, no cuentan con la tecnología suficiente para llevar a cabo los tratamientos básicos, los profesionales de la salud se muestran apáticos ante la situación laboral a la que se enfrentan, se lucra con la economía y salud de las personas, es notorio más hacia grupos vulnerables.

¹ Montiel, L. 2004. Derecho a la salud en México. Un análisis del debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria. Revista IIDH. Vol 4

DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

CHIAPAS.

En la selva me encontré, y no sabía qué hacer, sin embargo, me quedé y de ella me enamoré... EPSS.MBMC

Datos fisiográficos

Se encuentra al suroeste de la República Mexicana. Tuxtla Gutiérrez es la capital. Tiene una extensión territorial de 74,415 km² y una litoral de 260 km.

El porcentaje de territorio estatal respecto al país es del 3.80%.

Longitud de la Frontera sur: 658.50 km

Porcentaje de la Frontera sur respecto a la frontera sur del país: 57.31%

Colindancia: al norte con Tabasco, al este con la República de Guatemala, al sur con el Océano Pacífico y al oeste con los estados de Oaxaca y Veracruz



Generalidades

De acuerdo a la última actualización del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) realizada en el año 2017, cuenta con: alrededor de 124 municipios, antes del año 2011 eran en total 118 y 20,047 localidades, de ellas 14,585 tienen menos de cien habitantes y se encuentran dispersas por todo el territorio. Durante el periodo de 2011- 2017 se crearon siete nuevos municipios, dicha remunicipalización se deriva de conflictos internos con los pobladores. Teniendo a Ocosingo como el municipio con mayor extensión y el de menor extensión Santiago el Pinar.

Por otra parte, es importante resaltar que las cuatro localidades más importantes concentran cerca de un millón de habitantes (Tuxtla Gutiérrez, San Cristóbal de Las Casas, Tapachula y Comitán).

Cuenta con 151 339.7 hectáreas ocupadas por cuerpos de agua, los cuales son los siguientes, 49 ríos: desembocadura del Grijalba, Usumacinta, Lacantún, Jataté, Tulijá, La Venta, Santo Domingo, Suchiapa, El Tablón, Suchiate, y Huixtla son los más importantes.

Lo más destacable en su relieve es que el 22.82% del territorio pertenece a la Sierra Lacandona y 20.86% a el resto corresponde a otras zonas fisiográficas.

Vías de acceso. Infraestructura.

La longitud de la red carretera total es de 23,450 km. Red Troncal federal (carreteras primarias o principales de 2 y 4 carriles) es de 2,655 km. Alimentadoras estatales (carreteras secundarias) longitud 5,019 km. (Tabla 1) Longitud de caminos rurales 15,717 km 3 Aeropuertos y 32 Aeródromos. Longitud de red vía férrea total 567.7 km. Cuenta con un puerto: total de cruceros que arribaron: 20, pasajeros: 29,232, volumen de carga marítima movida: 273 mil toneladas.

Principales carreteras en Chiapas, en 2006

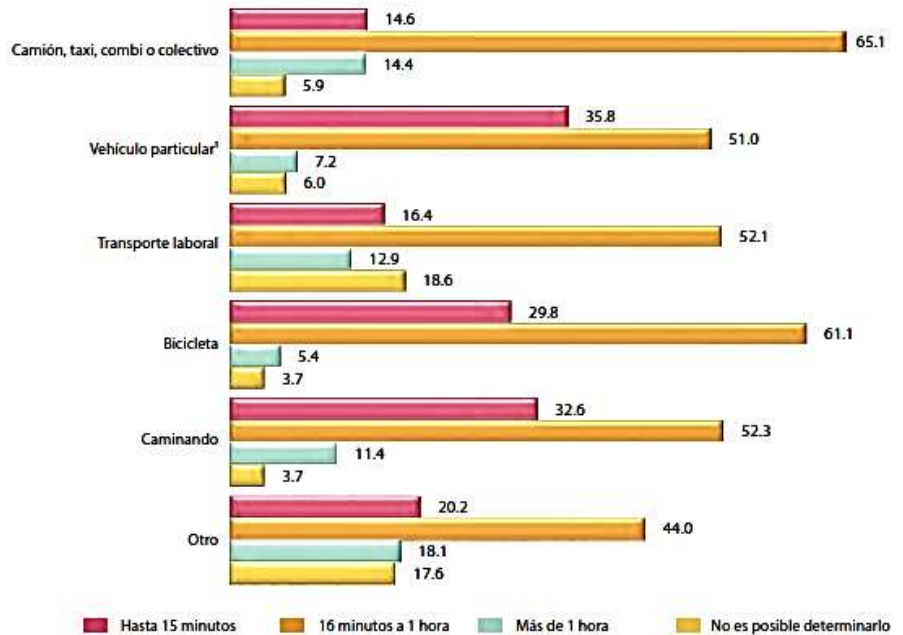
Carretera	Descripción
Carretera No. 190	Se une a la localidad de Arriaga; de Cintalapa de Figueroa continua hasta Tuxtla Gutiérrez, después a San Cristóbal de las Casas, Teopisca, Comitán de Domínguez y sale del estado para ingresar a la República de Guatemala.
Carretera No. 211	Une las carreteras Números 190 y 200, pasando por las localidades de Frontera de Comalapa, Amatenango de la Frontera, Mozintla de Mendoza y Huixtla.
Carretera federal No. 200	Corre paralelamente a la costa, entra al estado por la localidad de Arriaga, pasa por Tonalá, Pijijiapan, Mapastepec, Escuintla, Huixtla y Tapachula.
Carretera No. 195	Entra a la entidad al norte por Pichucalco, continua a Solosuchiapa, Tapilula, Jitotol, Soyaló, Ixtapa y se une a la carretera No. 190 que viene del poniente y cruza la entidad de oeste a sureste, se introduce al estado por la localidad de Rizo de Oro, entre esta localidad y la cabecera municipal de Cintalapa de Figueroa.
Carreteras federales No. 186 y 199	Cruza de oeste a este a la entidad al norte entre los municipios de Palenque y Catazajá, de esta localidad se desprende hacia el sur la carretera No. 199, en su recorrido comunica a las localidades de Palenque, Ocosingo, Huixtán y se une a la carretera 190.
Carretera No. 225	Comunica a Puerto Madero

Tabla 1. Fuente: STC Chiapas

Transporte

¹La movilización de pasajeros- usuarios se hace en base al servicio de transporte público y privado. En la gráfica se muestra un ejemplo del tipo de transporte y el tiempo de duración de traslado de la población laboral de 12 años o más a su lugar de trabajo.

Distribución porcentual de la población de 12 años y más ocupada según medio de traslado y tiempo empleado para llegar al lugar de trabajo



¹Incluye automóvil, camioneta o motocicleta

GRÁFICA 1

¹ Encuesta intercensal 2015. INEGI

La población, invierte en transporte público (combi, taxi, colectivo) y particular (vehículo particular y transporte laboral) un promedio de 15 min mínimo para llegar a un sitio, otra no define el tiempo determinado de traslado, lo cual está asociado por la distancia de un lugar a otro y el tipo de transporte o en su caso si camina, así como en el caso de la movilidad escolar, el traslado de las personas de su vivienda a un centro o clínica de salud, farmacia, entre otras actividades que impliquen traslado.

Comunicación

En el Balance de Obras 2013- 2018 publicado en la coordinación general de la Secretaría de Comunicaciones y Transporte (S.C.T), Chiapas cuenta con tres programas nacionales, creados para el desarrollo de los pueblos, que se apegan al artículo 6° de la Constitución que establece: “(...) el Estado garantizará el derecho de acceso a las tecnologías de la información y comunicación, así como a los servicios de radiodifusión y telecomunicaciones...”:

- México Conectado. Durante 2015-2016 se instalaron 4,155 nuevos sitios a la red de internet de banda ancha, los cuales ya funcionan con regularidad.
- Transición a la Televisión Digital Terrestre (TDT). Este programa entregó durante el periodo 2013-2015: 692,533 equipos de tv digital.
- Red compartida: Chiapas se encuentra en la región 8(H), la cobertura existe en todos los municipios, con una penetración de 12.8 líneas fijas por cada 100 hogares

A su vez cuenta con: prensa escrita (Cuarto Poder, Diario El Mundo, El Sol de Chiapas, Diario del Sur, etc.), radiodifusión (Sistema Chiapaneco de Radio y Televisión) y un canal de televisión (XHTTG Canal 10).

Indicadores sociales

Población

Chiapas ocupa el séptimo lugar en términos de población a nivel nacional. De acuerdo a la última encuesta intercensal realizada en 2015, existen en total de

5,217,908 personas,¹ se distribuye en 2,536,721 hombres (48.6%) y 2,681,187 mujeres (51.4%), lo que representa el 4.4% de la población nacional, a comparación con la evaluación de indicadores, del instituto de salud- FASSA 2014² hubo un crecimiento poblacional del 10%, representando el 4.3% poblacional a nivel nacional; ante esto, el Consejo de Investigación y Evaluación de la Política Social del Estado (CIEPSE), responde lo siguiente, “lo anterior representa un reto muy importante para la provisión de servicios en general y, en particular, de los servicios de salud y educación”.

34

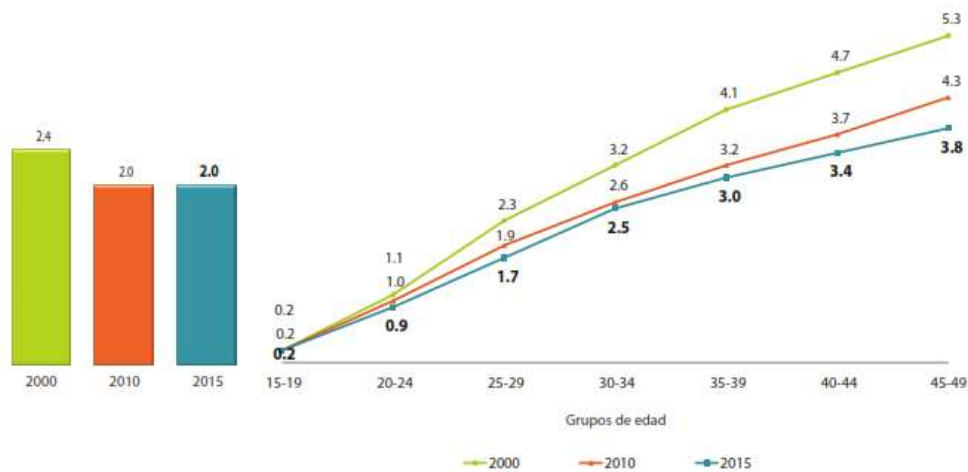


GRÁFICA 2 Se observa la edad mediana es de 23 años

En 2015 el 28% de la población de 3 años y más hablaba alguna lengua indígena. La población indígena según el INEGI, es de poco más de 1 millón 361 mil personas.

¹ Encuesta Intercensal Chiapas.2015
² Indicas 2014, entregado en diciembre 2015
³ INEGI. Conociendo Chiapas. Octava edición 2018
⁴ Encuesta intercensal 2015. INEGI

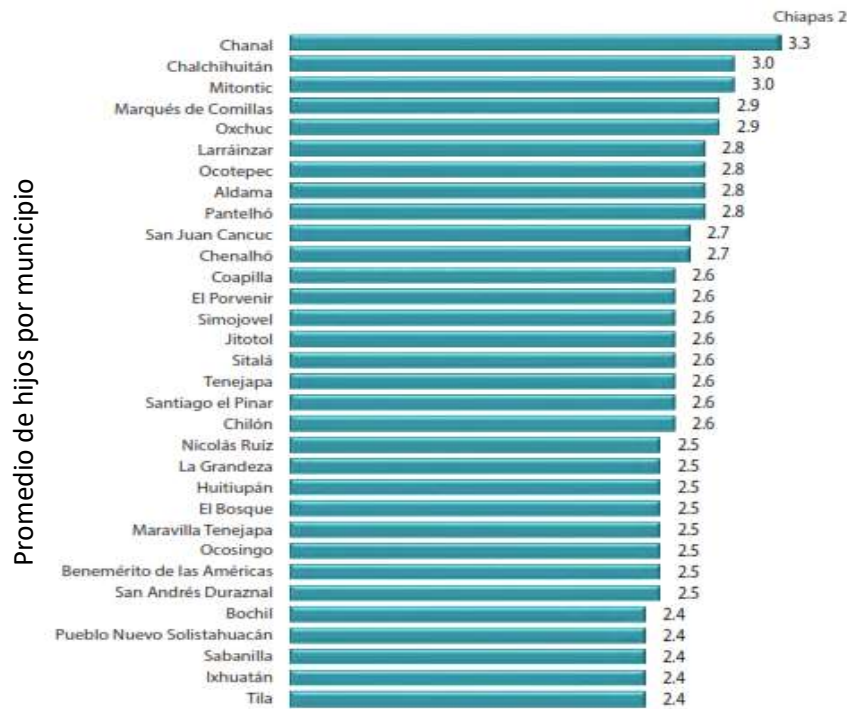
Natalidad



A nivel estatal, la gráfica muestra la transición del año 2000 al 2015, con una

Fuente: Encuesta Intercensal 2015

disminución de la fecundidad al pasar de 2.4 hasta 2 hijos respectivamente, medida por el número promedio de hijos nacidos vivos en mujeres entre 15 a 49 años de edad. Los municipios que se encuentran por arriba del promedio destacan Chanal, Chalchihuitán, Mitontic, Marqués de Comillas y Oxchuc con más de 2.8 hijos, Ocosingo está por debajo del promedio con 2.5. De manera contraria, se encuentra Tuxtla Gutiérrez con 1.4.



Fuente: Encuesta Intercensal 2015

Mortalidad

La tasa de mortalidad por cada hijo fallecido se hace con referencia a la edad de la mujer (mayores a 12 años de edad hasta los 49), a nivel estatal, se estima un 7.5% de hijos fallecidos, arriba de este porcentaje con más del 11%, se encuentran 73 municipios, destacan: Ocotepec, Las Rosas, Amatenango Del Valle, Chamula. Por otro lado se encuentra Suchiapa y Reforma con un 5.1%.

Migración

De los residentes actuales en el estado, ha ido disminuyendo en el último quinquenio con un 0.2 punto porcentual, se estima que sólo el 3.4% de ésta población nació en otra entidad o en el extranjero (39,622 personas, equivalente al 0.8 por ciento); por sexo se presume que hay más hombres residentes- nacidos en otra entidad, que mujeres, se concentran principalmente en los municipios de Reforma y Benemérito De Las Américas, con un 30.9 y 17.9 por ciento respectivamente.

EL porcentaje de población migrantes es de 1.2, contra 2.4% de la población emigrante, saldo neto migratorio negativo de 1.2% de personas en el estado. Además, se observa una menor participación de las mujeres inmigrantes como de emigrantes en comparación con los hombres.

Educación

El 65.9% de la población de 3 años y más asiste a la escuela. El 20% de la población de 3 años o más tienen educación por arriba de la secundaria. El 14.29% de la población de 3 años o más no tiene escolaridad. El 14.84% de la población de 15 años o más no saben leer o escribir. De la población indígena: el 49% son mujeres quienes el 69% tienen educación básica y el 22% no tiene escolaridad, mientras que el 33% asiste a la escuela.

Vivienda

De acuerdo a viviendas particulares habitadas a nivel estatal se encuentran en total 1, 239,007 correspondientes a 5, 216,820 ocupantes, es decir que, se encuentran aproximadamente de 4 a 5 personas viviendo en un hogar. Internamente los municipios con mayor volumen de viviendas particulares se encuentran: Ocosingo (42,341) y Comitán de Domínguez (39,192), con una población correspondiente de 218,893 y 153,439 respectivamente, lo que refleja que en Ocosingo hay 5-6 ocupantes por vivienda y en Comitán de Domínguez de 3-4 ocupantes. De manera contraria se encuentran con menor volumen, los municipios de: Sunuapa con 548 viviendas particulares y una población de 2,283, reflejando de 4 a 5 ocupantes por hogar; así como el caso de Nicolás Ruíz: viviendas particulares 909 en una población de 4,262, con 4 a 5 ocupantes. Cabe destacar que falta definir la clase de vivienda particular (casa, edificio departamental, vecindad o de otro tipo), situación de la vivienda (propia, alquilada, prestada o en otra situación), número de cuartos, material de construcción (cemento, tierra, mosaico, madera u otro recubrimiento, lámina, palma).

Agua

Tabla 2 Disponibilidad de agua entubada y acceso a ella, según vivienda particular 2015.

Criterio	Entubada			Por acarreo		
	Total	Casa	Por fuera	Total	Comunitaria	De otra vivienda
Estatal	100	54.23	45.77	13.72	5.41	8.31
Comitán de Domínguez	100	53.17	46.83	12.61	6.25	6.36
Ocosingo	100	42.39	57.61	30.59	24.31	6.28
Nicolás Ruíz	100	30.27	69.73	86.3	0	86.3
Sunuapa	100	76.83	23.17	0	0	0

Fuente: Encuesta intercensal 2015

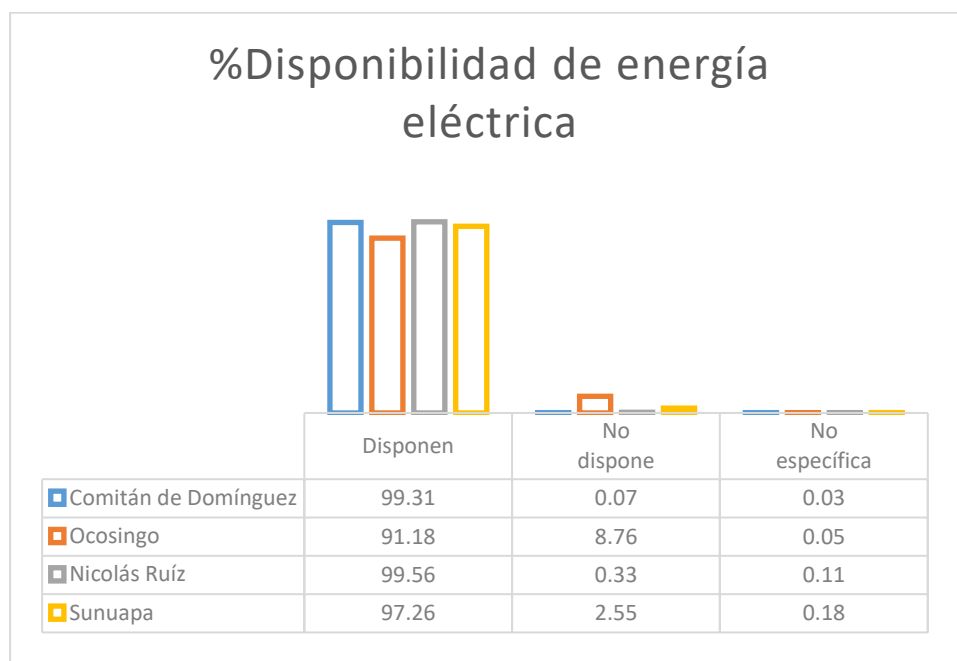
En Ocosingo, el porcentaje por vivienda particular con acceso a agua entubada es menor que en Comitán de Domínguez, a pesar de que la población es menor que en Ocosingo sin embargo, consiguen el agua ya sea por fuera o en otra casa; así pasa entre el caso de Nicolás Ruíz y Sunuapa, ésta última define que a pesar de ser un municipio de menor población, el porcentaje acceso a agua entubada es mayor que aquella que no la tiene. De acuerdo al otro criterio de agua acarreada, Ocosingo se encuentra con el porcentaje más alto, y que la población consigue el agua dentro de su misma comunidad (por medio de una pipa, pozo de agua, río o manantial cercano, recolección de lluvia, arroyo, et al).

Drenaje

De la población chiapaneca sólo el 86.93% tiene disponible drenaje, ya sea a través de una red pública, fosa séptica, barranca o grieta, incluyendo río, lago o mar. Por lo que 12.68 de viviendas ocupadas no disponen de drenaje.

Electricidad

A nivel estatal, se presume que de un total de 1, 238,565 censadas, sólo el 97.54% disponen de energía eléctrica, es decir que, 1, 208,096.301 tienen luz, mientras que 28,858.5645 no tienen acceso a luz eléctrica, lo que representa el 2.33%.



GRÁFICA 3

En cuanto a los municipios el 8.76% de la población de Ocosingo no tiene energía eléctrica, en número son 3,710 personas censadas. A comparación de Sunuapa que del 100% de su población sólo el 0.18% (una a dos personas) no tiene acceso a energía eléctrica. Cabe resaltar, que Ocosingo es territorialmente y poblacional, más grande que el resto de municipios en Chiapas.

Manejo de basura y excretas

De acuerdo al INEGI en 2013, se presume, que la mayoría de los 124 municipios de la entidad cuentan con servicios de recolección y disposición final de basura. Hay

107 sitios de disposición final, de los cuales 101 son tiraderos a cielo abierto. 340 vehículos transportan la basura en la entidad, de los cuales 182 tienen compactador. 1.9 toneladas de basura se recolectan diariamente en el estado (INEGI, 2013).

A nivel estatal se cuentan con 311 hectáreas como uso de relleno sanitario, y 196 hectáreas contabilizadas de los sitios no controlados.

Religión

Dentro de las diferentes iglesias existentes, se encuentran católicos, cristianos, adventistas, presbiterianos, testigos de Jehová, evangelistas.

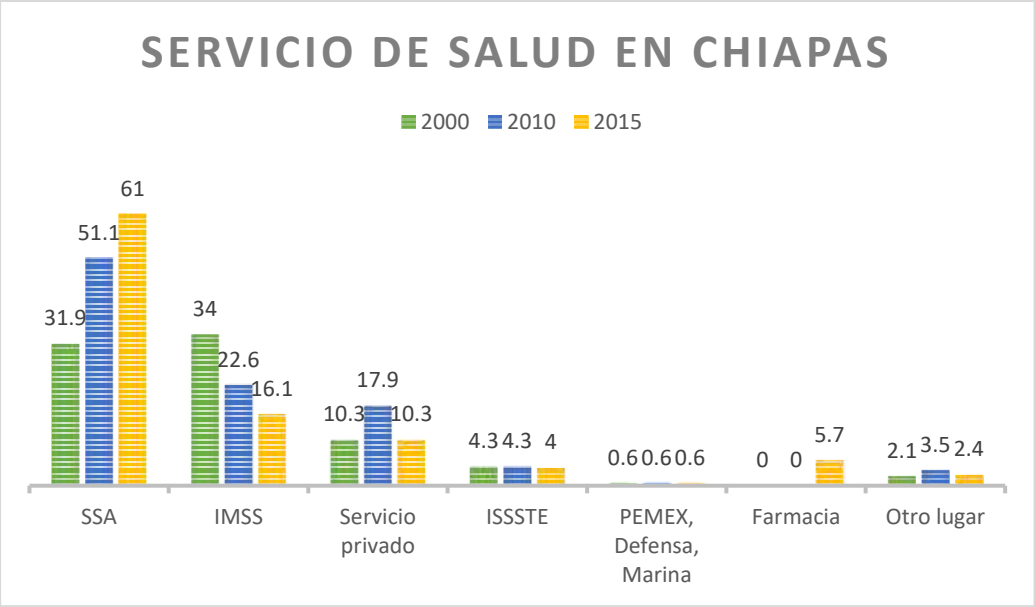
58 de cada 100 habitantes en Chiapas son católicos, por lo que ocupa el lugar 32 a nivel nacional. En el país son 83 de cada 100. 20% es protestante o evangélico. 8% profesa otra religión. 12% no profesa religión. 94 de cada 100 personas que habitan en el municipio de Nicolás Ruiz son católicos; la menor cifra se registra en Bejucal de Ocampo con 19 de cada 100.

Marginación

A nivel nacional, en 2015 dentro de los rezagos sociales, se encuentra el nivel educativo, en Chiapas, tuvo un grado promedio de escolaridad de 7.2 por debajo del promedio nacional que es de 9.1 y existe población analfabeta a la que le corresponde el 14.8% en comparación del total nacional (5.5%).

Servicios de Salud

La atención de la salud, funciona a nivel nacional por la derechohabencia o afiliación al seguro social. La población registrada en Chiapas cuenta en su mayoría con Seguro Popular (SP), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), servicio médico privado (consultas en farmacias); mientras el resto de la población tiene o no acceso a la salud.



GRÁFICA 4

Fuente: Encuesta Intercensal 2015

Indicadores económicos

El Producto Interno Bruto (PIB) de Chiapas representa 1.7% con respecto al PIB nacional (2015). De cada 100 personas ocupadas: 45 trabajan en el comercio y los servicios 47 son trabajadores subordinados con remuneración 38 se emplean en microempresas.

La participación económica de las mujeres son: servicios de alojamiento y de preparación de alimentos y bebidas con un 71.7% Otros servicios, excepto actividades de gobierno 62.4%. En las instituciones de la administración pública, laboran 51, 327 personas laboran en sus instituciones: 42 de cada 100 son mujeres y 58 de cada 100 son hombres (INEGI, 2017).

Chiapas ocupa el 2º lugar a nivel nacional en generación, transmisión y distribución de energía eléctrica, aportando el 35.8% de la energía hidroeléctrica producida en el país. El 3er lugar en: extracción de petróleo donde produce alrededor de 10 millones de barriles de petróleo crudo, que corresponde al 1.27% del total nacional; y gas, se obtienen 45,868 millones de pies cúbicos de gas natural, que corresponde al 2.17% del total nacional. 4º lugar en fabricación de productos químicos básicos.

Dentro de sus principales actividades económicas se encuentra principalmente las primarias como: agricultura (café, maíz blanco y frijol), ganadería (bovino), apiculturismo, pesquera, construcción y comercio, turismo.

Indicadores políticos

En Chiapas se encuentran diferentes organizaciones de la sociedad civil, asociaciones civiles y el EZLN, que a través de una línea histórica surgen a raíz de los movimientos sociales populares de las diferentes regiones de Chiapas, tienen por objetivo, la promoción del desarrollo popular de la educación, la intelectualidad católica progresista, salud comunitaria y la defensa de los pueblos. Algunas de ellas son asociaciones civiles, sociedades civiles, uniones de ejidos, sociedades cooperativas y sociedades de producción rural.

Al revisar el contexto social- histórico de cada una de ellas, nos remontamos hacia la década de los 80's, donde los movimientos sociales se articularon en torno a la lucha por la tierra, por las demandas económicas, servicios, y en contra de la represión. Pasando a 1986, con el *boom* de las organizaciones civiles, se hace más presente, con la búsqueda única de la defensa de los derechos humanos, otorgar servicios de salud, abierta a la población en general y de forma específica para mujeres, campesinos e indígenas perseguidos.

Actualmente, existen en su mayoría y se encuentran de forma latente. En los siguientes párrafos haré una breve descripción de dos organizaciones con mayor peso en la región Selva, Selva Norte y Altos de Chiapas¹

¹ Considerando que algunas comunidades son ejidos o tierras recuperadas por el EZLN.

*“Comieron nuestros frutos, cortaron nuestras ramas,
quemaron nuestros troncos, pero no pudieron
arrancar nuestras raíces”*

ARIC VIVE.

Organización campesina de la Selva Lacandona, su asesora y fundadora es María Del Carmen Legorreta Díaz, en 1988, es quien convence a los indígenas de la organización del EZLN, de que abandonaran las filas de la guerrilla zapatista que se preparaba en la clandestinidad para la lucha armada.

Actualmente se conoce por ser sociedad de producción rural, constituidas de uno o más ejidos, comunidades, etc. Tienen como finalidad la integración de los recursos humanos, naturales y financieros para el establecimiento de industrias, aprovechamiento, sistemas de comercialización y, en general, cualquier actividad económica. Realizan gestiones a nivel estatal para obtener apoyos, trabajan actualmente con la SAGARPA, los proyectos de ganadería. (Ley Agraria art. 108, 109, 110)

En su mayoría, los recursos con los que se mantienen, provienen de la cabecera municipal o a través de programas de apoyo del gobierno federal. Participan en el PRD comparten algunos objetivos y tienen acuerdos para promover reformas. (SICETNO)

Dentro de sus objetivos, se encuentran: apoyos para las comunidades, de forma específica, conseguir una mejor educación para los niños indígenas de las comunidades y mejorar el servicio de salud.

Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN)

(...) el pensamiento revolucionario... su finalidad es aportar un material ideológico... que permita esclarecer la actividad de nuestra generación, de construir la historia de liberación definitiva de nuestro pueblo...

Subcomandante Marcos ★

Hacia el siglo XX se reprodujo y fortaleció una extensa y amplia desigualdad social en el territorio nacional, los caciques mantenían abusos contra los indígenas y a las comunidades rurales, por lo que surge la inconformidad de los pueblos y estalla en 1994 el levantamiento zapatista- armado, del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN)¹ en defensa de las tierras y liberación de la esclavitud del indígena, este previamente, surge de forma clandestina y con ideología socialista, a raíz de buscar los derechos de los indígenas, se fue alimentando con otros descontentos y acontecimientos sociales que se presentaban en ese momento ².

El movimiento tiene las siguientes demandas:

Tierra, Trabajo, Salud, Educación, Alimentación, Techo, Autonomía, Justicia, Libertad, Paz, Información, Seguridad, Democracia.

Son derechos humanos que exige dicho movimiento, ya que en la mayoría de las comunidades ya sean autónomas o no, en el estado de Chiapas y a nivel nacional, no son ejercidas.

En diciembre de ese año se crean los primeros municipios autónomos y en 1997, se funda los consejos municipales y la asociación de municipios autónomos. Se constituyó en otro sistema de gobierno, un autónomo, un autogobierno, que después de la doble negación y componenda del gobierno federal, respecto a los acuerdos de San Andrés en 1996, y La Marcha del Color de la Tierra (marzo 11, 2001), por la democracia, tierra y libertad en 2001 para exigir al presidente en turno,

¹ Formado el 11 de noviembre de 1983. La historia de Chiapas ha sido controversial, la lucha por la autonomía ha sido constante, así como la liberación de la esclavitud, como ejemplo tenemos la leyenda de los indios Chiapa, quienes al rechazar ser esclavizados, optaron por *el sacrificio colectivo* y se aventaban de los acantilados del cañón del sumidero.

² Movimiento estudiantil de 1968. (Cabe mencionar, que algunos líderes perseguidos, se sumaron al movimiento zapatista. Marcos, M. Edición Rebeldía).

la liberación de todos los presos zapatistas, el desmantelamiento de la militarización de Chiapas, el reconocimiento constitucional de los derechos indígenas en dicho acuerdo; dando como resultado hacia 2003, los cinco caracoles zapatistas¹ y la creación de la Junta de Buen Gobierno.(Marcos M, 2001).

Caracoles Zapatistas

★**Caracol I. La realidad: Madre de los caracoles, mar de nuestros sueños.**

Zona Selva fronteriza; tseltal, tojolabal, mames y zoques. MAREZ: General Emiliano Zapata, San Pedro de Michoacán, Libertad de los Pueblos Mayas y Tierra y Libertad

★**Caracol II. Oventik: Resistencia y rebeldía por la humanidad.**

Zona Altos de Chiapas; tsotsiles y tzeltales. MAREZ: San Andrés Sacamch'en de los Pobres, San Juan de la Libertad, San Pedro Polhó, Santa Catarina, Magdalena de la Paz, 16 de febrero y San Juan Apóstol Cancuc.

★**Caracol III. La Garrucha: Resistencia, hacia un nuevo amanecer.**

Zona Selva Tzeltal; tseltales, tsotsiles. MAREZ: Francisco Gómez, Francisco Villa, Ricardo Flores Magón, San Manuel.

★**Caracol IV. Morelia: Torbellino de nuestras palabras.**

Zona Tsots Choj; tzeltales, tsotsiles, tojolabales. MAREZ: 17 de noviembre, Primero de Enero, Ernesto Ché Guevara, Olga Isabel, Lucio Cabañas, Miguel Hidalgo y Vicente Guerrero

★**Caracol V. Roberto Barrios: El caracol que habla para todos.**

Zona norte de Chiapas; choles, zoques y tzeltales. MAREZ: Vicente Guerrero, Del Trabajo, La Montaña, San José en Rebeldía, La Paz, Benito Juárez y Francisco Villa

Dentro del sistema se tiene como máxima autoridad a la Junta de Buen Gobierno, cuya obligación, es cumplir con los siete principios del mandar obedeciendo:

¹ En 1995, se llamaban *Aguascalientes*, creadas como espacios de trabajo político regionales, abriendo una vía de interacción con la sociedad civil en general, es donde se instalan las Juntas de Buen Gobierno, por cada caracol.

1. Servir y no servirse
2. Representar y no suplantar
3. Construir y no destruir
4. Obedecer y no mandar
5. Proponer y no imponer
6. Convencer y no vencer
7. Bajar y no subir



Al no respetar los principios, se caería a tener los mismos cometidos del mal gobierno¹

Los de abajo mandan, las acciones se consultan y se deciden democráticamente, respetando las antiguas formas de vida en las comunidades que se basan en el sistema asambleario. Presentan diversas áreas de trabajo:

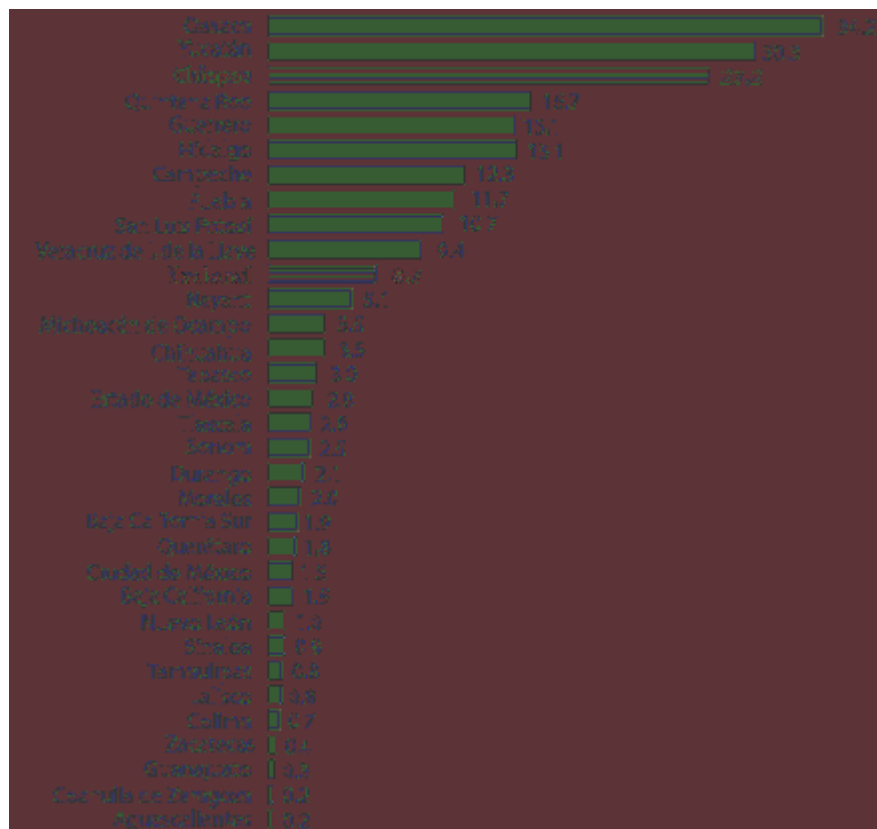
- a) Sistema de Salud Autónoma Zapatista (SSAZ). Contiene una clínica central, micro clínicas, casas de salud, promotores y promotoras de salud.
- b) Sistemas de Educación Rebelde Autónoma Zapatista de Liberación Nacional: con promotores y promotoras de educación.
- c) Área de agroecología autónoma
- d) Radios comunitarias (RC) locutores
- e) Cooperativa de artesanía Mujeres por la Dignidad y el colectivo Mujeres de la resistencia
- f) Sociedad cooperativa. Cooperativa cafetalera

¹ Mal gobierno, se refiere al otro sistema, el gobierno federal

Indicadores culturales

Es uno de los pocos estados de la República Mexicana con población indígena de las etnias: tojolabales, zoques, tsotsiles, tseltales, etc, lo que indica, que conservan tradiciones y costumbres, se ubican principalmente en dos regiones: los Altos y Selva.

En total hay 1, 141, 499 personas mayores de 5 años que hablan alguna lengua indígena, lo que representa 27% de la población de la entidad (INEGI 2010)



Porcentaje de población por entidad federativa de habla indígena Censo INEGI 2010

Dentro de la lengua materna más hablada, se encuentran: tzeltal (número de hablantes: 461, 236), tzotzil (417, 462), chol (191, 947) y zoque (53, 839).

Al ser un estado muy visitado por los turistas, cuenta con alrededor de cuatro pueblos mágicos: San Cristóbal de las Casas, Comitán de Domínguez, Palenque y

Chiapa de Corzo, éste último tiene el Carnaval de los Parachicos y año con año es muy visitado.

Dentro de las festividades, en su mayoría son religiosas, las más importantes son las fiestas de San Juan, San Andrés.

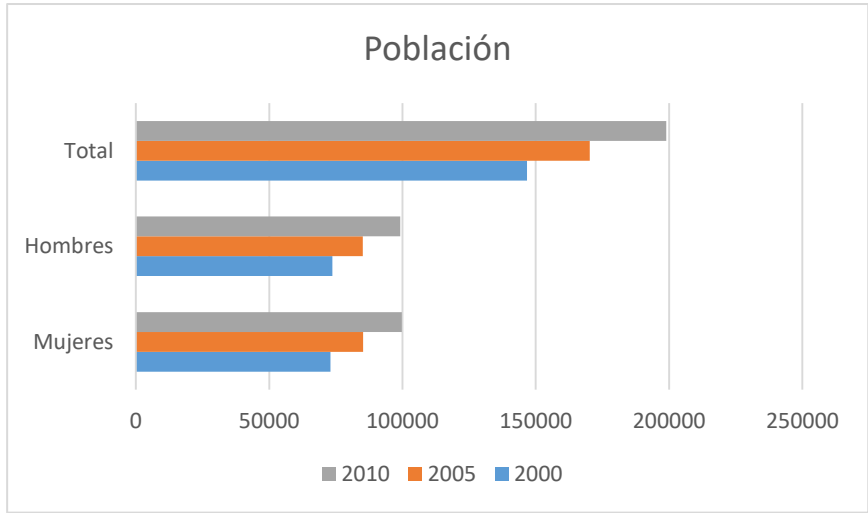
Ocosingo. La puerta a la selva Lacandona

Municipio ubicado entre Palenque y San Cristóbal de las Casa. Pertenece a la región XII Selva Lacandona. Su nombre proviene del nahuátl que significa: *“Lugar del Señor Negro”*. Por su extensión territorial, el 31 de julio de 1979, recibió la categoría de ciudad.

Se le considera la entrada a la selva Lacandona, porque geográficamente, se encuentran tres regiones fisiográficas: las montañas del norte de Chiapas, la meseta central y las serranías de la Lacandona.

Es el municipio más grande del estado de Chiapas, cuenta con 1,114 de localidades. Su clasificación por tamaño de localidades, es rural. La superficie territorial, que representa es de 12.94% respecto al estado y el 26.01% de la región Selva.





GRÁFICA 5

De acuerdo al último censo realizado en el municipio, en 2010, se estima que la población total registrada, es de 198,877, donde 99,764 son mujeres y 99,113 son varones. A comparación con otros años, la población ha ido en aumento, donde se observa en la gráfica que a partir de la década de 2005, se presume que hay más mujeres que varones.

Hidrografía

La red hidrológica es densa, y está integrada básicamente por los ríos: Usumacinta, Lacantún, Jataté, Tzendales, Perla y Lacanjá; y lagos como El Ocotal, Lacanjá, Anaite, Orizaba, Maroma, Suspiro, Ojos Azules y la Laguna de Miramar.

Comunicación

Cuenta con una emisora XEOCH K'IN RADIO 600am, perteneciente al gobierno del estado y que opera con 10.000 watts de potencia, comunicando a 12 municipios del estado de Chiapas y gran parte de la Selva Lacandona¹

Vías de acceso y transporte

Cuenta con carreteras estratégicas para el comercio y transporte, donde se puede llegar a Palenque, San Cristóbal de las Casas, Comitán y Altamirano.

¹ Dentro de ellos: [Ocosingo](#), Yajalón, Chilón, [Altamirano](#), [Oxchuc](#), [San Cristóbal de Las Casas](#), [San Juan Cancuc](#), [Las Margaritas](#), Tumbalá, [Sitalá](#) y la [Selva Lacandona](#).

Actualmente se encuentra en Un proyecto de autopista de San Cristóbal de Las Casas-Palenque de 2 a 4 carriles, que pasará la ciudad de Ocosingo por el ramal Bachajón-Temó y también la autopista supercarretera Ocosingo-San Quintín-Las Margaritas.

Educación

De acuerdo al censo municipal de 2010, en lo que concierne a infraestructura de educación básica, cuenta con 338 escuelas preescolares (4.6% del total estatal), 444 primarias (5.2% del total), 290 primarias indígenas (9.4%) y 91 secundarias (4.7%). De educación media superior: 36 bachilleratos (5.2%). Nivel superior: dos escuelas de profesional técnico (10.5%), una de ellas la Universidad Tecnológica de la Selva ubicada en la cabecera municipal, y 13 escuelas de formación para el trabajo (2.9%) (CONVEVAL- SEDESOL, 2010).

El grado promedio de escolaridad de la población en mayores de 15 era en 2010 de 5.5, esto frente al grado promedio de la entidad, de 6.7.

Salud

Como servicios de salud y unidades de referencia, la cabecera municipal cuenta con una clínica del ISSSTE, IMSS, el hospital básico “20 camas” y centro de salud. Según en el 2010, el número de población total con derechohabencia a servicio de salud en el municipio es de 79,006, por lo que 102,607 personas no tienen ningún acceso a la salud y el resto no hay un registro específico.

Las unidades médicas en el municipio eran en 2010, 102 (7.8% del total de unidades médicas del estado), personal médico 146 personas (2.7% del total de médicos en la entidad). (CONEVAL, 2010)

En cuanto a la atención dental, cabe destacar en los centros de servicio de salud pública, hay consulta dental, donde hay de 2 a 3 odontólogos en diferente turno, donde realizan en su mayoría tratamientos de: operatoria, quirúrgicas (menores y toma de biopsias). Mientras en la iniciativa privada, de acuerdo a entrevistas

realizadas a cirujanos dentistas, coinciden de la inexistencia del registro en la jurisdicción sanitaria de cuantos dentistas residen en Ocosingo.¹

Natalidad y Mortalidad

Basada en los datos de la población total de Ocosingo, la población que radica en Ocosingo nacida en la entidad, son en total de 179,490; la discrepancia de 19,387 individuos que nacieron en otra entidad federativa o en el extranjero.

Marginación

Se encuentra con un grado de marginación muy alto, ocupa a nivel estatal y nacional, el número 27 y 278, respectivamente. Se encuentra distribuida en su población:

- De 15 años o más analfabeta, con de 27.88%; en este mismo tipo de población aquellos que no tienen primaria completa es del 47.22%.
- Ocupantes de vivienda sin drenaje ni servicio sanitario con 9.76%
- Ocupantes de vivienda sin energía eléctrica, 10.77
- Sin agua entubada, 12.98
- Con algún nivel de hacinamiento, 68.35
- Con piso de tierra, 20.90

Indicadores Culturales y económicos

Para hablar de los indicadores culturales y económicos, me concentraré en aterrizarlos en la localidad de “Las Tazas”

¹ Se estima aproximadamente 2,000. Dato obtenido de odontólogos de práctica general.

Las Tazas



Mapa de ubicación y extensión de la comunidad las Tazas y su colindancia con el Río Jataté.

Es una comunidad indígena ubicada en la zona selva, a tres horas y media de Ocosingo (viaje en redila), con una población aproximada de 1600 personas, 806 mujeres y 794 varones; 1051 menores de edad y 549 adultos, 44 tienen más de 60 años (Nuestro México, 2018). Tiene un nivel de desarrollo bajo, frente a un nivel de marginación Alto. Políticamente, a groso modo, se rige por tres organizaciones: ARIC U. de U (70% población),

Fracción XII (18% población) y el EZLN (10% población, 57 zapatistas) y neutrales (2%- 3 familias); que mantienen la seguridad y organización del pueblo a través de reglamentos. Como acceso a la información y comunicación: cuenta con venta de fichas de internet, además de red libre WI-FI (programa conectando México, en el IMSS), por parte del EZLN, las autoridades locales tienen una radio para comunicarse teniendo un perímetro que abarca solo esa cañada, y con una bocina para dar avisos a la comunidad.



Puente peatonal, Río Jataté

El transporte es mediante redilas (cuota \$50°) cuyos propietarios son de otra comunidad cercana (La Trinidad) y taxis (cuota \$80°), que viajan a la cabecera municipal. Para acceder a la comunidad se debe cruzar el río Jataté, a través de un puente, en redilas, caminando o a caballo, todo es

terracería, en su totalidad se encuentra territorialmente planificada.

En cuanto a la construcción de viviendas:

- Infraestructura a base de: cemento, madera en su mayoría, techo de adobe, cemento y/o lámina
- Organizadas: en modo de vecindad, barrio, colonias (zapatistas, otra organización).



Viviendas ubicadas a un costado del Barrio: La lomita. Las Tazas.

- Manejo de basura y excretas: letrinas, excusado, tazas de baño, con fosa séptica; la mayoría quema la basura en el hogar.
- Servicios públicos: el 90.24% tienen energía eléctrica a través de cableado conectados a transformadores en la comunidad que se alimentan de otra región; el 98.05% tienen agua entubada proveniente de tanques o pilasde agua. En sus redes hidrológicas, en la entrada a la comunidad pasa el río Jataté y alrededor de ella, hay manantiales cercanos que desembocan en el mismo río, donde la mayoría acude a nadar, pescar, bañarse y lava la ropa.



En la primera imagen se observa el Río Jataté, en la segunda, manantial a las afueras de la comunidad de las Tazas, opuesto a la entrada.

Religión: el 65% es católico, 15% adventista y el 20% presbiteriana. En la comunidad existen cuatro iglesias, dos de la religión católica (dividas políticamente), una presbiteriana y una adventista.

Alimentación: de acuerdo a la actividad principal económica (agricultura), las familias, se alimentan a base de maíz, frijol, arroz, chayote, yuca y verduras (quelites). Se consume en la comunidad la fruta de la temporada¹: plátanos (diferente variedad), mangos (diferente variedad), guayaba, jocote, guanábana. En las cooperativas se venden productos enlatados y bebidas gaseosas, harinas, empaquetados.



Educación: el sistema educativo autónomo, cuenta con infraestructura de la escuelita zapatista, sin embargo, se encuentra sin labores desde hace (...) tiempo. Por otro lado el sistema federalizado, existen dos niveles educativos: el básico (un jardín de niños, dos primarias y una telesecundaria) y el medio superior (colegio de bachilleres- COBACH). Para acudir al nivel superior, existe una relación de 1:30 jóvenes que acuden a la universidad (Universidad Tecnológica de la Selva) en Ocosingo.

Marginación:

Cualitativamente el porcentaje de alfabetización es medio, puesto que del total de la población, la mayoría de niños y jóvenes acude a la escuela, los adultos en su mayoría sabe escribir. Lo anterior se demuestra con personas que no son parte de la organización del EZLN. Respecto a ésta última, cabe mencionar, al ser pocos zapatistas, hay un total de 7 a 10 niños y niñas, donde 1 de cada 3 sabe leer y escribir, los adultos 1 de cada 5 sabe español y matemáticas (básico), en su mayoría hombres².

Salud: la comunidad en su mayoría está afiliada a un seguro social ya sea IMSS o al Seguro Social, la cual acude a la clínica del IMSS (de primer nivel, a cargo de un

¹ Frutas y alimentos, que se producen en la comunidad.

² Reiterando que son los hombres quienes tienen cargos dentro de la organización

enfermero y un médico de base) ubicada en la misma comunidad, siempre y cuando esté el personal sanitario.

Por otra parte, se encuentra la clínica autónoma: “Clínica De Los Pobres”, ubicada en el centro de la comunidad, la cual cuenta con servicio médico, dental y farmacia,



Clínica Autónoma De Los Pobres, Las Tazas.

a cargo del médico y estomatóloga pasante del servicio social, y una promotora de salud general. La mayor parte de la atención de salud, se cubre en la clínica autónoma, puesto que alrededor de 20 días se cuenta con el médico y la

mitad del mes con el servicio dental, a diferencia de la otra que el profesional sanitario sólo está tres días a la semana (martes a jueves).

Indicadores económicos. Generalidades

Las principales actividades económicas son las primarias. Agricultura: maíz, arroz y frijol, la ganadería (equino, vacuno y porcino) y avicultura. Los roles en la familia están distribuidas de la siguiente manera: el jefe de familia y varones se dedican al mantenimiento de la milpa, al criado y vacuna del ganado. Las mujeres se dedican a labores domésticas y al cuidado de niños, van por la leña y participan en conjunto con los varones durante la cosecha de maíz y frijol, recolectan otras verduras.

Indicadores culturales.

Oficialmente su lengua es el Tzeltal, el 70% de la comunidad entiende el español y el 50% lo habla. Su principal festividad es el día de San Juan y San Antonio.



Se observa la división de mujeres y hombres durante la celebración eucarística

En una de las celebraciones en las que pude estar, pude presenciar que: en la iglesia se dividen: los varones de lado izquierdo y las mujeres de lado derecho, los músicos de percusión opuestos al altar y a lado de éste, los músicos de cuerda. En



Se observan a las mujeres en la entrada de la casa, esperando acceder a ella.

el hogar, para la convivencia entran los varones e “invitados de honor” (padrinos de la fiesta) primero a comer y después las mujeres. Por reglamento en las celebraciones de zapatistas está prohibido de consumo de bebidas alcohólicas.

Vestimenta: la forma de vestir es de forma abierta, es decir no existe un

traje tradicional que los identifique, las mujeres mayores y casadas: usan vestidos largos con cuello cuadrado abotonado en medio para el lactante, y las más jóvenes usan vestidos y faldas cortas y algunos son escotados. Los hombres para el trabajo usan mezclilla y para otros eventos se visten de gala.



Se observa en la primera foto el gorro elaborado por la madre de un recién nacido, en la segunda, mujeres con diferente vestimenta.

Emiliano Zapata ★

Comunidad indígena autónoma zapatista, ubicada a una hora y treinta minutos de Ocosingo, para acceder a ella, se llega en redila (\$40°) o taxi (\$60°) a través de la carretera Ocosingo- Monte Líbano (que pasa por la comunidad de Las Tazas). Pertenece al Municipio Autónomo San Manuel Caracol III. La Garrucha. Su red hidrológica es el Río Jataté, pasa por detrás de la clínica autónoma. La población total es de cuarenta familias zapatistas, cada familia tiene entre 4 a 5 hijos, un total de 80 niños entre 2 a 15 años.¹

La principal actividad económica es la agricultura, siembran y cosechan maíz y frijol, las milpas quedan entre 30min a 2hrs de camino (varía el tiempo por la lejanía), se encuentra en la comunidad por temporadas, sembradíos de chayote, yuca, calabaza amarilla, hierbamora, mostaza, etc; del río se obtiene cangrejo, pescado y caracol.

Cuentan con servicios públicos: letrinas secas, el sistema de agua es a través de acarreo y manguera, proveniente de pilas de agua y del río; el sistema de energía eléctrica funciona porque se cuelgan del cableado que llega a Las Tazas, no hay transformadores ni plantas de luz. En caso de no haber luz, utilizan linternas de mano o veladoras.

La comunicación con otros poblados y el Caracol III, se hace a través de la monitorización de radio, ubicada a un costado de la iglesia, donde se rotan los y las pobladores.

En cuanto a sistema de salud, cuentan con la Clínica Autónoma: La Compañera Lucha, donde hay servicio de farmacia, médico y dental. La atención médica es cubierta por el MPSS, que cuenta con: consultorio equipado, área de



Clínica Autónoma Compañera Lucha

¹ Censo realizado por MPSS y EPSS en turno. Julio 2018.

ginecología (ultrasonido), y mientras estuvo, se esperaba a que funcionara el laboratorio de análisis clínico. Para completar la consulta médica (o de salud general), se cuenta con los promotores rotantes, quienes permanecen por 10 días esperando adquirir conocimientos básicos de atención primaria, capacitados por el médico y el comité de salud autónomo; y un permanente quien a su vez se hace cargo de la farmacia y la alimentación de la clínica.

La consulta dental es otorgada por la EPSS, cuenta con consultorio equipado con aparato de rayos X para complementar el diagnóstico. Se realizan procedimientos preventivos, operatoria dental, terapia pulpar y extracciones. Durante la rotación, se capacitaron a tres promotores dentales, dos de nivel básico y uno de nivel avanzado, que en la consulta participaban haciendo la anamnesis, apoyaban con la traducción, anestesia de pacientes y operatoria (el de nivel avanzado); y tratamientos preventivos (nivel básico).

En cuanto a la educación: actualmente, la escuela zapatista se encuentra laborando con un horario de 8 a 11 am y de 12 a 14hrs de lunes a viernes. Las clases son impartidas por cinco promotores de educación. El sistema autónomo de educación zapatista, discierne completamente del sistema de educación pública, puesto que las materias impartidas se dan con relación a la vida de la comunidad y el movimiento zapatista, para ello, se cuenta con tres niveles, al término de los estudios, las (los) graduadas (os), están preparados para trabajar la tierra.



Escuela Zapatista. Emiliano Zapata

Las materias son: *español o lengua*, educación bilingüe buscando preservar la lengua materna, *matemáticas*, impartidas con relación a la vida cotidiana de la niña

y el niño (medición de Tzontes), *vida y medio ambiente*: preservación de la naturaleza y uso/manejo de la tierra (de acuerdo a su principal actividad económica), *historia*: se da a conocer a los más jóvenes, sobre el movimiento zapatista, las trece demandas, reglamentos y leyes revolucionarias, se pretende alcanzar y entender la razón de lucha, para su desarrollo en torno a la sociedad.

Como actividades de recreación cultural, las festividades son de carácter religioso y político. Se celebra a San Antonio, 12 de Diciembre las apariciones de la Virgen María, la sentada del niño dios. Así como el aniversario de la guerrilla el 1 de Enero, 8 de Agosto creación de los caracoles, etc. La religión oficial es la católica, por lo tanto existe una sola iglesia, que se encuentra en el centro del pueblo, a un costado de la escuela zapatista y detrás de las canchas de basquetbol. El deporte oficial es el basquetbol, seguido del futbol.

La Garrucha★

Es un ejido ubicado en el noroeste de Chiapas, en la zona montañosa de la selva norte y sierra chiapaneca, sus coordenadas geográficas son 16° 76' latitud norte y 91° 77' longitud oeste; su altitud es de 880 metros sobre el nivel del mar. Colinda al norte con la localidad de Patihuitz, al sur con Mitontic y Tierra Negra, al este con La Esperanza, al oeste con tierra recuperada donde habitan dos familias zapatistas y



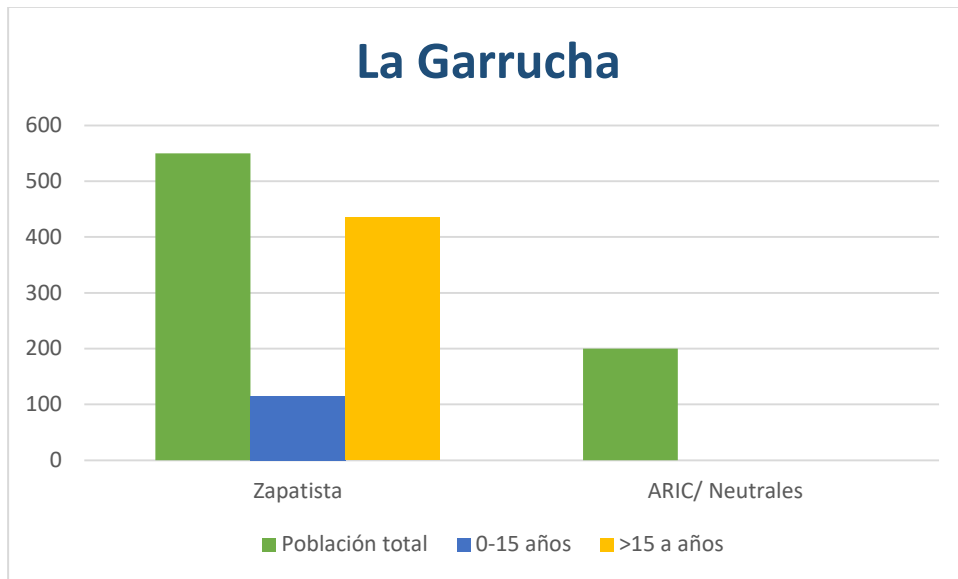
Redila, transporte colectivo

un campo militar zapatista. El municipio más cercano es Ocosingo a dos horas y media, el transporte se realiza en redila (\$35°) y taxi (\$300 a \$500), el acceso es a través de la carretera Ocosingo- San Quintín, cuyo camino es pavimentado hasta la mitad (1hra) y en puntos intermedios (15min antes de llegar), el resto es terracería.

De acuerdo a las anécdotas contadas por los pobladores, la historia de la comunidad radica en que se estableció previamente en la Vieja Garrucha, en la loma del cerro detrás de la actual Garrucha, el origen de los pobladores surge de dos comunidades cercanas a la cabecera municipal de Altamirano, una de ellas Jalisco y la otra La Laguna, de la primera provienen los apellidos Méndez y Hernández, de la segunda los Toledo y Abarca; se ubicaron en esa zona debido a la facilidad de transportarse a la finca donde trabajaban en su mayoría. Años después deciden migrar a la falda de la montaña, ya que el terreno es plano y permite tener acceso al agua, posibilidad de construir casas y comunicación con comunidades aledañas.

La población actual, es originaria de la comunidad y pocos son de otras comunidades (Benito Juárez, Tierra Negra, Pataté Nuevo, Javier Hernández, entre otras), que al contraer matrimonio en caso de la mujer con algún varón de la comunidad deben vivir en la casa de su pareja.

Políticamente, está dividido, encontrándose dos organizaciones, por lo que es una zona de controversia política y de seguridad, de ambas organizaciones.



GRÁFICA 6

Principalmente, se encuentra el Caracol III La Garrucha del EZLN, cuya población es de 40 cooperantes, es decir 40 familias, con número de hijos aprox >5 hijos, dando con un total de 550.¹ Por otro lado se encuentra ARIC de U.U. con una población de 18 familias conformadas >5 hijos, dando un total de 162. Por último los que son de carácter neutral, dos familias, con un total de 38 individuos.² De acuerdo al gráfico, se muestra una población total de 750 personas.

Por la división de sistemas, las familias se encuentran divididas en la mayoría de los núcleos sociales. Tal es el caso de la religión, encontrándose: la católica, existen dos iglesias una de los zapatistas y otra de los partidistas; seguida de una presbiteriana y otra adventista; en cada iglesia, cuentan con comité pastoral.

Las viviendas están construidas de diferentes materiales, para los que no son zapatistas, son a base de cemento y tabique, cuentan con piso cementado y techo de lámina o cemento, en su mayoría están pintadas con una franja roja, debido a que el programa de apoyo a la vivienda, lo marca así. Para los zapatistas, en su

¹ Datos estimados de la campaña de salud dental y general de los meses de Junio 2018 y Enero 2019.

² Datos aproximados obtenidos de familias externas al caracol.

totalidad, están construidas a base de madera, sin piso cementado y el techo laminado o de cemento.

Servicios públicos

Energía eléctrica: cuenta con cableado proveniente de Ocosingo, conectando a la comunidad de San Miguel, hasta San Quintín. Dentro del caracol la Junta de Buen Gobierno y la Clínica Jesús de la Buena Esperanza, cuentan con planta de luz, en la clínica se usa en caso de emergencia, la de la junta cuando se va la luz.

Agua: proviene de la cima de la montaña, donde hay un tanque de agua, se transporta por tubería y se distribuye en toda la comunidad facilitando su acceso. El control del agua está regulado por los ejidatarios.

Drenaje: por parte de los zapatistas, cuentan con letrinas y fosa sépticas. Dentro del caracol las clínicas, la junta de buen gobierno y el consejo, dentro de su infraestructura cuentan con tazas de baño, regadera y lavabo, de función media. Por parte de los no zapatistas, en la mayoría de las viviendas tienen tazas de baño y lavabos.

Manejo de basura y excretas

El ejido cuenta con un basurero localizado a 10 min (3 km), donde se quema a cielo abierto, las condiciones de éste no son las ideales puesto que se encuentra a ras de la carretera, sobre un arroyo de agua y es cercano a la entrada de la comunidad de Tierra Negra



Basurero ejidal. Tierra Negra

Educación.

Autónoma: durante un año y medio la escuelita zapatista no estaba en funciones, hasta el 7 de enero 2019 reanudó las clases, se imparte con la misma modalidad y horario, que en la comunidad autónoma *Emiliano Zapata*, cuenta con tres promotores de educación. La diferencia en comparación con el sistema federalizado, radica en que la escuela no es obligatoria, y los niños deciden de forma voluntaria acudir, dejando los estudios por unirse al trabajo del campo.

Federalizada: cuenta con una escuela primaria, donde las clases son impartidas por voluntarias en calidad de maestras, adscritas al Consejo Nacional del Fomento para la Educación (CONAFE), la población asistente son niños *partidistas*. Para continuar con sus estudios de educación básica y nivel medio superior, acuden a la comunidad de Patihuitz (localizada a 30- 40 min caminando), donde se encuentra una telesecundaria y el Colegio de Bachilleres. La falta de poder adquisitivo limita continuar con los estudios, como el de nivel superior, en dicha localidad, solo dos jóvenes realizan la educación superior, en la Universidad Tecnológica de la Selva (U.T.S.) del municipio de Ocosingo. El resto de jóvenes, termina uniéndose al trabajo del campo.

Servicios de Salud

En la comunidad, se cuenta con diferentes servicios de salud, existiendo, un yerbero, un huesero, una partera y una clínica de salud externas al Caracol. Ésta última, se encuentra a contra esquina de la entrada al Caracol, quien atiende es un promotor de salud general adscrito al programa de salud de la jurisdicción sanitaria de Ocosingo, quien a su vez, también cuenta, en menor cantidad con medicamento.

Dentro del Caracol se encuentran: la clínica de salud general “Jesús de la Buena Esperanza” y la clínica de la mujer “Comandanta Ramona”.

★Clínica Jesús De La Buena Esperanza

Se organiza por una coordinadora de salud, tres promotores de salud general (permanentes y/o rotantes), un médico y estomatóloga pasante del servicio social.

En la mayoría de las veces, se cuenta con personal voluntario, que apoya dentro de la consulta general y/o dental.

Administrada y regulada por el Consejo Indígena de Gobierno, por el comité de salud de zona y de forma indirecta por la Junta de Buen Gobierno debido a que es la máxima autoridad y da apertura a otras organizaciones para que cooperen con la organización autónoma en pro a la salud, como Salud y Desarrollo Comunitario (SADEC).

No existe un horario establecido, se trabaja de forma continua y se atiende la consulta en caso de urgencias, debido a que es un microcentro, la población que acude principalmente es foránea.

Dentro de las instalaciones cada promotor y profesional médico cuentan con cuarto propio, una cocina, se adaptó un aula para la capacitación y formación de los promotores, una bodega, lavaderos y dos baños uno para pacientes y otro para pasantes y promotoras, el laboratorio de análisis clínicos, el cuarto de hospitalización con tres camas, el consultorio médico y el consultorio dental que cuenta con servicio de rayos X y esterilizador de vapor seco; así como con servicio de farmacia, la cual cuenta con la mayoría de los medicamentos necesarios para la consulta. Para cubrir gastos de alimentación, se cuenta con una tienda, donde se venden productos de primera necesidad.

★Clínica de la mujer, “Comandanta Ramona”

Organizada por una coordinadora de clínica de salud sexual y reproducción, una coordinadora de zona, dos promotoras permanentes y rotantes; todas ellas promotoras de salud sexual y reproducción. La consulta es impartida y apoyada por las mismas promotoras y el profesional médico (pasante y/o voluntario). Cuenta con sala de parto, cuarto de hospitalización con cuatro camas y un baño, cuarto de esterilización, farmacia, ultrasonido, consultorio médico. Se cuenta con servicio de ambulancia, que se es usada siempre y cuando el C.I.G lo apruebe, ya que es el órgano que actualmente regula y administra a la clínica, previamente lo hacía la

Junta de Buen Gobierno, que por acuerdos políticos pasa a formar parte del Consejo Indígena de Gobierno y al municipio de Francisco Gómez.

Indicadores económicos

La población se dedica principalmente a la agricultura, cultivan: maíz, frijol, calabaza, chayote, café. Las cabezas de familia (varones) se dedican principalmente a la siembra, barbecho, cosecha del maíz y frijol, las mujeres sean madres o hijas, se dedican por completo al cuidado de los hijos y del hogar, algunas acuden a recolectar leña y parte de la cosecha de verduras y frutas de temporada. Tanto los hijos e hijas de zapatistas o partidistas, en su mayoría acuden a la escuela. Por otra parte, durante el periodo vacacional, los jóvenes son contratados por temporadas, para ir a trabajar a estados del norte o sur del país, trabajando para empacadoras transnacionales de alimentos: cosechando y/o empacando verduras y/o frutas; o para trabajar en restaurantes o casas.

La población produce suficiente maíz y frijol para mantenerse anualmente, por lo que eso favorece a la venta de sus productos con otras localidades o con los de la misma comunidad. Durante mi estancia en la comunidad acudían a vender los más jóvenes: frutas, verduras, tamales y pan.

Indicadores culturales.

Etnia tzeltal, siendo la misma su lengua materna, el 70% de la población entiende y habla el español. el 30% entiende el español, pero no lo habla. Pobladores cuyo origen proviene de las comunidades Jalisco y La Laguna, donde se hablaba Tojolabal y Tzeltal; actualmente 3 personas hablan tojolabal, tzeltal y entiende el castila.

Vestimenta



Celebración de misa dominical

No existe una vestimenta única, son migrantes de otras comunidades, por lo que es variable la vestimenta. Sin embargo para eventos religiosos, las mujeres usan velo para cubrir la cabeza, las solteras usan velo blanco y las casadas, el negro. Lo que es notorio, las mujeres usan adornos: collares, dijes, de colores; en las blusas con encaje, los pantalones con decoraciones, vestidos y faldas floreadas. Los varones usan camisa de cuadros, pantalones y zapatos casuales, botines o botas de hule.

Durante eventos del EZLN (actos cívicos), compañeras y compañeros utilizan los pasamontañas, los milicianos pantalones oscuros, playeras y gorra verde militar, botas militares elaboradas por ellos mismo o por el colectivo de hombres zapateros de la Garrucha; insurgentes pantalones y zapatos militares, playeras diferentes colores, gorras militares negras o verdes, con la insignia zapatista ★.



Vestimenta de compañeras.

Costumbres y tradiciones

Dentro de las festividades más importantes, para los zapatistas son el aniversario del levantamiento del EZLN (31 de diciembre y 1 de enero) se realizan torneos, presentaciones de diferentes colectivos: obras de teatro, poesía, canto, música.



Aniversario de la guerrilla del 94. 1/01/19

El día internacional de la mujer (8 de marzo), se realizan encuentros en diferentes espacios zapatistas, el más grande ocurrido en 2018, fue en el Caracol Morelia, donde acudieron mujeres de diferentes regiones de Chiapas, del país y del extranjero; se realizaron actividades deportivas, mesas de diálogo, recreativas, entre otras.

El aniversario luctuoso, del asesinato de Emiliano Zapata (10 de abril), se hace acto cívico, se convive a través de un baile, con grupo musical de la misma organización. El nacimiento de Los Caracoles, se celebran con acto cívico, se comparte café con la comunidad, la celebración dura tres días con música y baile (6, 7 8 de agosto).

En conjunto con el ejido, las festividades son de carácter religioso, para ello se cuenta como guía, "la biblia", traducida en Tsel'tal y español. Se celebra la Santa Cruz (3 de mayo), donde se dirigen a manantial o pozos de agua como acción de gracias por el trabajo. En ambas iglesias se realizan los sacramentos de bautismo, primera comunión y confirmación, lo cual es motivo de festejo.

Día de la Garrucha (16 de septiembre), se realiza una caminata y convivio a tierra recuperada (30min), se realiza la celebración de la palabra y después se degusta de pollo en caldo.



Celebración de primera comunión



Ofrenda de acción de gracias (Fiesta del pueblo)

El día de San Francisco es la celebración más importante dentro del ejido, debido a que se considera el santo patrono de la iglesia oficial, los día 3 y 4 de octubre. Se celebran a otros santos como San Antonio (13 de junio), San Juan Bautista (24 de junio)

Día de las madres (10 de mayo), se celebra con la escuela por separado, la federalizada y la zapatista.



Ilustración 1 Festival Día de las madres. Honores a la bandera

Conclusiones.

La salud, como derecho universal, es una tarea difícil de llevar a cabo cuando no lo aterrizamos en las condiciones en las que viven la mayoría de personas en Chiapas, el sistema de salud, está diseñado para zonas con un nivel de desarrollo medio. La mayoría de localidades del municipio de Ocosingo, se encuentran en muy alto grado de marginación.

Como sugerencia personal, se tendría que modificar el sistema de salud, para cubrir en su totalidad con servicios de salud, que cada madre antes, durante y después del parto tenga la confianza de no sufrir ningún tipo de rechazo, que cada hijo recién nacido pueda gozar de salud sin importar su origen de procedencia, sin ser de cierta organización, de la raza, entre otros; para que su goce sea pleno, que durante su crecimiento reciba atención médica y estomatológica, con orientación nutricional, preventiva, llevada a cabo por el profesional de salud preparado que pueda transmitir la información.

Sin embargo, al reglamentar una reforma o la promoción de una nueva, se encuentra una contrariedad normativa generando problemas, como la diferencia de concepciones médicas o políticas para formar una norma o acuerdo, así como el conflicto de las relaciones jerárquicas, las cuales dan como resultado una toma de decisión puramente administrativa, restándole importancia al derecho a la salud y, por ende, se refleja en la práctica clínica.

Dentro de las distintas funciones que le compete al Estado, es proporcionar el derecho a la salud sin intereses personales de por medio para cumplir con sus disposiciones reglamentarias y establecidas en los marcos jurídicos, por las cuáles se organiza la administración del servicio público y particular; se prevén servicios médicos hospitalarios, se determina la calidad de los medicamentos a través del Consejo de Salubridad General, entre otros muchos ejemplos. Todo esto para ejercer de buena forma y correcta dicho derecho.

Si todos tuvieran el fácil acceso a los servicios de salud, podrían gozar de éste derecho. Desde mi punto de vista, el derecho a la salud se ha secularizado, es elitista, mercantilista, por lo que no es para todos.

Por lo tanto, el concepto de derecho a la salud debe ser entendido de dos formas: por un lado, al formar parte de un artículo constitucional, se debe aplicar de acuerdo a lo que dicte la ley y, por otro lado, la salud, al ser un derecho humano, todos debemos gozar del derecho a la salud, sin embargo en la práctica no se lleva a cabo, no existe algún mecanismo donde se vea reflejado tal derecho y no hay una sociedad real que lo avale. El Estado Mexicano lo ha reglamentado, pero ¿a quiénes favorece tal derecho? ¿Qué personas pueden costear atención de calidad, igualitaria y completa?

Es cierto que a falta de medicamentos, de profesional médico y estomatológico, no se puede llegar a las comunidades que están lejanas a un servicio de salud. Tal es el caso de La Garrucha y Emiliano Zapata, y las cercanas a ellas. Localidades donde existen organizaciones que buscan dar servicios basados en los derechos universales de sus pobladores. Tras la falla y desabasto existente por parte del sector salud, el zapatismo es quien de cierta manera intenta cubrir con esa parte faltante, se organiza para que sus localidades, trabajen de manera colectiva y el conocimiento sea compartido.

De acuerdo a lo presentado, concluyo que no se cumple la totalidad del artículo 4° constitucional y el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, respecto al derecho de alimentación, vestimenta, salud, no solo del individuo, sino asegurar el de su familia.

SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS Y PERFIL DE MORBILIDAD

Marco Teórico

México, país en vías de desarrollo, representa la economía número 15 a nivel mundial y 5ª en América Latina, de acuerdo al Fondo Monetario Internacional y el 11o más poblado a nivel mundial. Como en otros países de Latinoamérica, tiene como agente de financiamiento al Banco Mundial de las Naciones Unidas, concebido en 1994 con dos objetivos: promover la prosperidad compartida y luchar contra la pobreza a través de un proceso de globalización inclusivo y sostenible. (Grupo Banco Mundial, 2019)

En nuestro país, el BM, es partícipe del fortalecimiento de los sectores de salud y educación, los recursos derivados a estos sectores se reflejan en el gasto público y en los resultados de los programas nacionales.

Actualmente nuestro sistema de salud, se encuentra limitado y deficiente, debido a la poca capacidad del sector administrativo, encargados de asignar los recursos para cubrir las demandas de los servicios de salud, y se justifica con proyectar avances a través de los programas de salud pública.

México reporta 330 proyectos al BM, con las solicitudes en su mayoría para los sectores: energía, transporte, agropecuaria, industria y minería; lo que representa para la salud y educación- una caída en 2016 el lugar 104 de los 195 países registrados, de acuerdo al nivel de capital humano; según un estudio del Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud de la Universidad de Washington (Forbes, 2018)

Durante la administración gubernamental 2013- 2018, se dio a conocer a través del Plan Nacional de Desarrollo (PND), cinco metas nacionales, para la salud: Un México Incluyente, asumiendo la importancia de los derechos sociales de cada mexicano, dando énfasis en “proveer una red de protección social, que garantice el acceso al derecho a la salud”. (Poder Legislativo, 2013)

Escuela y Salud, Vete Sano, Regresa Sano (salud de la población migrante) y Nueva Cultura (talleres comunitarios, capacitación al personal, CNS y

mercadotecnia social). Sin embargo, dichos programas no cubren la salud bucal de los beneficiarios, debido a que el acceso es limitado, existiendo poca información para grupos vulnerables, y disponibilidad de profesional para la atención dental, así como la escasez de recurso humano para las instancias de salud.

El sistema de salud en México, dentro de sus objetivos se basa en los siguientes principios: acceso y seguridad para todas y todos a los servicios de salud, garantizar la gratuidad de los medicamentos, contar con el profesional de salud capacitado y con disposición de consulta, asegurar el abastecimiento de recursos suficientes y eficaces para los institutos y centros de salud. Cada instancia, perteneciente al sistema de salud (Secretaría de Salud (SS), Marina, IMSS, ISSSTE, etc) deben perseguir los retos en cuanto a salud pública y hacer más fácil el acceso.

En 2018, de acuerdo a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, llegó a las siguientes conclusiones en su informe: a) fortalecer las instituciones de salud y sobre todo el primer nivel. b) aumentar el presupuesto y optimizar el gasto, c) mantener y fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica, d) favorecer el uso de tecnología en salud.

Para que se alcancen dichos objetivos y se respeten los principios de salud pública, la epidemiología: a nivel local, estatal y nacional, recaba la información, permitiendo vigilar la evolución de los programas de salud y así realizar evaluaciones de los resultados, para monitorizar y hacer eficaces los programas de salud, en conjunto con otras instancias relacionadas con la salud.

Las políticas de salud, la cuales pretenden hacer frente a los problemas de organización y desempeño del sistema de salud, se adoptan esquemas que buscan diversificar las fuentes de financiamiento de los servicios, ampliar la cobertura y favorecer políticas de paquetes básicos (para reducir el gasto nacional), por lo que se incurren organismos de cooperación de técnica internacional en materia de salud, con apoyo para la formación de mercados en salud al mismo tiempo suplantando a institutos del sistema nacional de salud, en la toma de decisiones para las reformas de salud.

La política de salud bucal, se discute entre el desarrollo y el avance de la odontología en México, que los organismos encargados de desarrollar estrategias de acción para prevenir enfermedades bucales en conjunto con la Secretaría de Salud, son: Organización Panamericana de Salud (OPS), la Asociación Dental Americana (ADA), Organización Mundial de la Salud (OMS), Asociación Dental Mexicana (ADM), así como con las de escuelas de odontología en México, cuyo eje es la promoción de la salud, para disminuir la experiencia de caries dental, las periodontopatías, y el cáncer bucal, debido a la incidencia, asociada a su vez con la condición sistémica del paciente, condiciones sociales (económicas), de acuerdo al modelo de Lalonde, M, para determinar el estado de salud de una población, se deben considerar los factores asociados, tales: factor biológico, ambiente físico, ambiente social y el estilo de vida del individuo, complementado a la existencia de servicios de atención de salud, ésta última la responsable directa es la Secretaría de Salud, así como de la educación en salud (Rev Biomed, 2006).

Las estrategias de acción planteadas y ejecutadas iniciaron desde 1987 con el primer levantamiento de índice de caries, con la instauración del programa Fluoración de la Sal de Mesa, seguidos de los programas de Vigilancia Para Escolares, con la aplicación tópica de flúor dental en la población en edad escolar, aplicada en escuelas públicas en la República Mexicana, lo que ha proporcionado una disminución ligera de ésta afección.

Programa de Salud Bucal. Estomatología

Se entiende que durante la exploración dental, no solo se abordan las enfermedades exclusivas del diente, sino de todo el sistema estomatognático, integrado por el control y parte del sistema neuromuscular de la Articulación Temporomandibular (ATM), tejidos blandos y duros. La exploración extra- intra bucal, permite encontrar incidencias de lesiones cariosas, disfunciones en el ATM, traumatismo oclusal, periodontopatías y lesiones precursoras de cáncer bucal.

Por lo anterior, el perfil de morbilidad realizado en conjunto con los programas de salud bucal, refleja un panorama general de las principales enfermedades bucales y la estrategia de acción para disminuirlas en las comunidades en donde se realizó el servicio social.

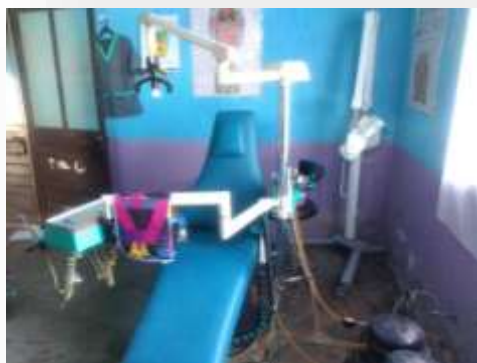
El programa en estomatología, se divide en: *atención dental, formativa y promoción de la salud dental* a través de: la consulta dental, levantamiento del índice de caries CPOD, preparación de promotores dentales y campañas de salud dental.

Dichos programas son aplicados con base en el protocolo del fomento de salud bucal del servicio social, principalmente a la población de alto riesgo, que son los grupos de individuos que por sus características de edad, sexo, raza, problemas sistémicos, ocupación, condición económica u otras variables, se encuentran mayormente expuestos a contraer una determinada patología. En relación a la caries dental, se puede decir que la población de alto riesgo está principalmente representada por los menores de 0 a 15 años, aunque esto no deja fuera a la población mayor, la cual será captada en la consulta diaria, además de que se dividirá en el fomento a la salud en la consulta dental, y fomento a la salud en campo (Salud y Desarrollo Comunitario).

El fundamento teórico- legal es de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de enfermedades bucales a través de la operación de las acciones para fomento de la salud, la protección específica, el tratamiento, la rehabilitación y el control de las enfermedades bucales de mayor frecuencia en los Estados Unidos Mexicanos (Secretaría de Salud, 1999).

Atención dental.

De acuerdo al protocolo del programa de salud bucal, se pretende realizar acciones que fomenten la salud bucal en consulta, a través del control de placa dentobacteriana realizando el CPOD en pacientes, técnica de cepillado aplicación de flúor en gel o tópico.



Objetivo: sujetar acciones para promover la salud bucal del paciente y cubrir la demanda de la consulta dental en las Clínicas Autónomas Zapatistas.

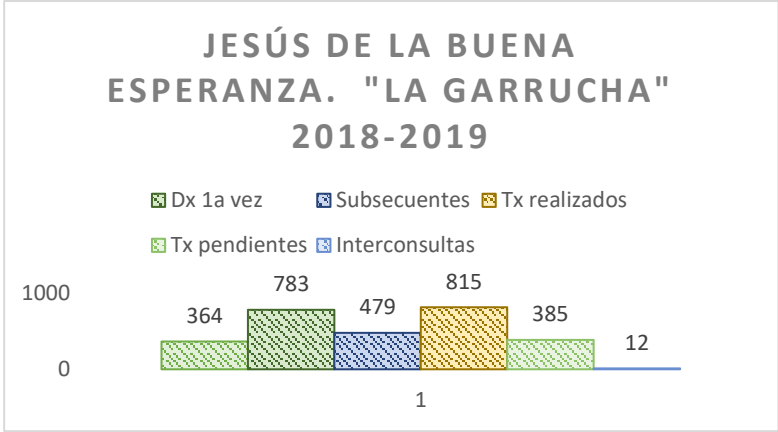
Meta: dar seguimiento a los pacientes en sus tratamientos dentales y promover hábitos de higiene bucal.

Estrategia: inicialmente explicar al paciente acerca de su padecimiento, ir desde lo preventivo a lo quirúrgico, desde realizar tratamientos simples a complejos.

Actividades: para promover la salud dental, después de realizar la anamnesis, exploración clínica y radiografías (en caso de requerirla), se instruye la técnica de cepillado personalizada, abordada y traducida por la promotora dental en formación, seguido del padecimiento- explicado con el material de apoyo (imágenes, tipodonto) y exploración intra- extraoral del paciente guiado por un espejo facial, posteriormente se pide al paciente lavarse los dientes y para continuar se realiza el tratamiento dental preventivo y el emergente, se da cita de seguimiento valorando el caso, haciendo énfasis de la importancia de la salud dental.

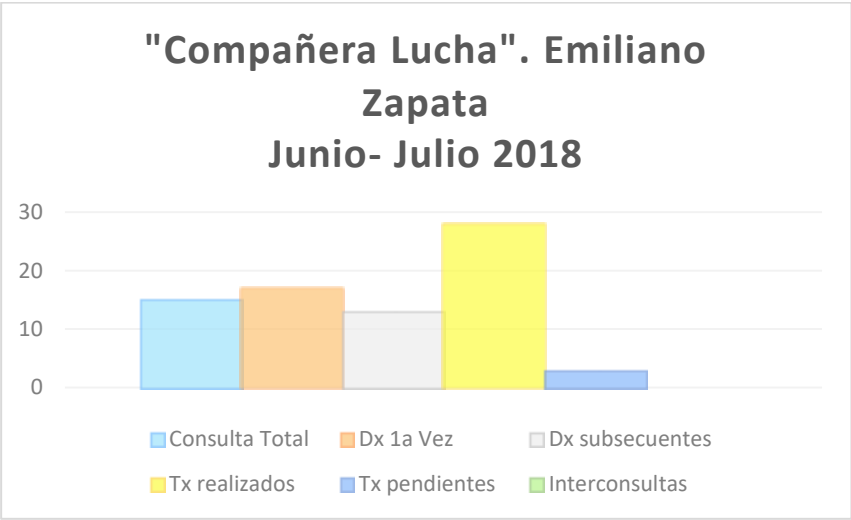
Resultado y análisis:

En las siguientes gráficas se demuestran la población total que acudió a consulta durante el año 2018 a las comunidades de “La Garrucha”, “Emiliano Zapata” y “Las Tazas”; el diagnóstico de primera vez de enfermedades o si ésta es subsecuente, el total de tratamientos realizados y los que quedaron pendientes.



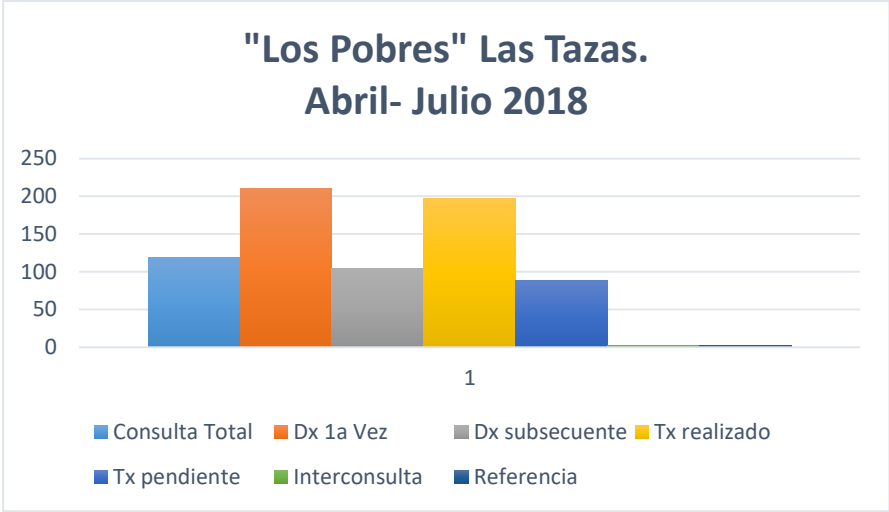
GRÁFICA 7. Elaboración propia de EPSS Obtenido de hoja diaria de consulta.

En la comunidad de la Garrucha, se realizaron durante el año del servicio social Febrero 2018- Febrero 2019, 815 tratamientos en los que destacan en su mayoría 160 técnicas de cepillado, farmacoterapia 152, exodoncias 104, quedando tratamientos pendientes por realizar: preventivos, operatoria y de restauración.



GRÁFICA 8. Elaboración propia de EPSS Obtenido de hoja diaria de consulta

En la comunidad de Emiliano Zapata, durante el periodo Junio - Julio 2018 se atendieron un total de 15 consultas, se realizaron 28 tratamientos, de los cuales en su mayoría son: 5 técnicas de cepillado, 5 radiografías, 6 farmacoterapias.



GRÁFICA 9 Elaboración propia de EPSS Obtenido de hoja diaria de consulta

En la clínica de Tazas, se atendieron 119 consultas, de las cuales se realizaron 197 tratamientos de estos, 36 técnicas de cepillado, 36 farmacoterapias, 26 exodoncias.

En las tres clínicas hubo una diferencia de volumen de pacientes, debido a las condiciones sociales que presentan cada una de las comunidades, explicadas en el apartado dos de este trabajo. En cuanto a los tratamientos realizados, como similitud en las tres clínicas, sobresalen las técnicas de cepillado, con el único fin de promover la salud bucal, instrucción de la misma y refuerzo de la higiene bucal. En lo que concierne a los diagnósticos se explicará en el perfil de morbilidad. Es importante resaltar que el seguimiento de los pacientes fue de nivel bajo, debido a la carencia de recursos económicos por parte de los pacientes, y los tratamientos pendientes, en cada clínica

Formativa

Objetivo

En el apartado uno de este trabajo, se describe como se trabaja en conjunto con la clínica autónoma, por lo que se diseña un método de enseñanza- aprendizaje para la capacitación y formación de promotores dentales, en las tres clínicas: “De los pobres”, “Compañera Lucha” y “Jesús De La Buena Esperanza”

Metas: autosuficiencia en las clínicas: “De Los pobres”, “Compañera Lucha” y “Jesús De La Buena Esperanza”, para cubrir la atención dental con promotores dentales



Promotora Dental, práctica de reconstrucción con resina

Estrategia: conocer e impartir, los siguientes temas de acuerdo a la capacidad y conocimientos de los promotores de salud general, por su grado de complejidad y tiempo de formación, partiendo primeramente desde lo teórico hacia lo práctico- clínico:

Técnica de cepillado, anatomía dental, anatomía cabeza y cuello, profilaxis dental, odontoxesis, anestesia local, farmacología en estomatología, dolor dental, infecciones odontogénicas (manejo), exodoncias,

radiografía dental

Actividades:

En la clínica de Las Tazas, “De Los Pobres”, participó la promotora dental de nivel básico, su formación fue de corto tiempo, acudía de dos a tres horas de lunes a sábado para las asesorías, no sólo fue capacitada para la consulta dental, se le dio clases de salud general tomadas con el médico pasante en turno y recibió conocimientos sobre matemáticas, español y geografía.

Los temas impartidos: anatomía dental, técnica de cepillado, exploración de mucosas en pacientes durante la consulta. Para el aprendizaje, se dio nomenclatura dental, inicialmente guiada con el tipodonto dental, ejercicios de complementación en el cuaderno, para pasar a la exploración clínica, comparando arcadas entre un paciente pediátrico y un paciente adulto. Se le pidió describir las arcadas de sus familiares, registrando en el cuaderno, el número de dientes, tipo y grupo de dientes, y realizar un dibujo de la topografía de la boca para exploración de tejidos blandos y duros de la boca.

En cuanto a la técnica de cepillado se describieron: Stillman, Stillman modificada y Técnica de Bass en el tipodonto dental, indicaciones de cada técnica, y la aplicación directamente con la promotora y ella con sus familiares y amigos cercanos; se describió el uso del cepillo dental, tipos de cepillos de acuerdo a la zona, mantenimiento de éste, concientización sobre el lavado de los dientes y principales afecciones al no lavar los dientes: gingivitis, periodontitis y caries dental.

En la clínica “Compañera Lucha”, acudían tres promotores dentales, dos de nivel básico y uno de nivel avanzado, es decir, dos que realizaban eliminaciones de sarro (odontoxesis), profilaxis dental; uno de nivel avanzado: realizaba los mismo que los del básico, agregando, colocación de resinas, anestesia, exodoncia, toma de radiografías, farmacología. Al iniciar la capacitación, realicé una evaluación clínica y teórica- oral para conocer el nivel de conocimientos de cada promotor, teniendo como resultado: rezago en llenado de historia clínica, anatomía dental, anatomía de cabeza y cuello, tratamientos preventivos, asistencia



Promotor Dental, asistencia 4 manos.

cuatro manos. Para el abordaje de temas, mi programa consistió en desarrollar los temas en talleres teórico- prácticos, iniciando con Historia Clínica, para lo que usamos sus conocimientos de salud general, y en mi ausencia por rotación, les pedí preguntar a médico pasante, coordinador de salud, promotores de salud sobre

aparatos y sistemas, mi objetivo fue que conocieran la importancia de la salud de cada paciente y cómo ésta afecta la salud dental, así como hábitos de higiene del paciente.

En la clínica “Jesús De La Buena Esperanza”, la promotora de salud general de nivel intermedio y dental básico, participa en talleres de tres a cuatro veces a la semana con una duración de 3-5 hrs de acuerdo a la disponibilidad de horario de la promotora y de la consulta dental.¹ (En anexo se incluye tabla temática de capacitación)

El avance de temas por cada clínica, difiere, debido al tiempo de estancia por parte de la pasante de estomatología, la disposición de los promotores, las actividades involucradas en las que participaban los promotores en el rol de clínicas, etc. La cobertura de la consulta se logró en dos clínicas de las tres comunidades, en Emiliano Zapata y La Garrucha, debido a la formación previa del promotor de nivel avanzado, el interés y disposición de la promotora de La Garrucha donde su desarrollo en el área fue más completo y amplio, debido al tiempo de formación. Por lo que se podría decir que parte de la consulta dental fue dada por promotores dentales, no en su totalidad, pero con la formación y preparación, podrían cubrir la demanda existente de la consulta dental en su respectiva clínica.



Promotora Dental Nivel Avanzado, dando consulta dental.

En cuanto a su participación en la consulta dental, la población medianamente aceptaba que lo atendiese un promotor, por la duda y miedo de que el tratamiento no resulte, otros pacientes simplemente se sentían con confianza, porque conocían al promotor, o la actitud del promotor y sobre todo la traducción del padecimiento y

¹ Ver en Anexo la tabla 10

tratamiento a realizar en su idioma. Vista la situación de que no aceptaban a los promotores, se les explicaba a los pacientes, previamente al tratamiento sobre el trabajo en equipo que se llevaba en el consultorio, bajo supervisión de la pasante.

Considero que el acceso a la consulta dental en las comunidades tanto autónomas como no autónomas, es más fácil por el bajo costo de los tratamientos, por la cercanía en algunos casos a sus comunidades, la disposición de consulta y de la calidad, comparándola con un saca muelas o promotor independiente. Ésta última, valorando la infraestructura y equipamiento, en cuestiones de sanidad, las tres clínicas, en común tienen diversos factores difíciles de manejar, ambientales y ecológicos, que hacen de la consulta se vea limitada, , encontrándose humedad en las instalaciones y diversidad de insectos propios de la región, así como dificultad de dar mantenimiento a la unidad dental y compresor (dos unidades sin succionador de saliva, irrigación suficiente de las piezas de mano, lámparas y poco instrumental).

El mejoramiento y seguimiento del programa va de realizar, de acuerdo al nivel de conocimientos con los que cuente el promotor de salud dental, una prueba diagnóstica, de forma oral o práctica, posterior a eso, tocar temas desde lo básico hasta lo complicado.

Por otra parte, se sugiere la adecuación de la enseñanza de los temas, distribuyéndolos de la manera modular, permitiendo que la parte teórica con la práctica se ejecuten al mismo tiempo, y complementándolos con actividades extraclínicos: como campañas de salud bucal en comunidades y levantamiento de censos que se realizan durante la misma campaña.

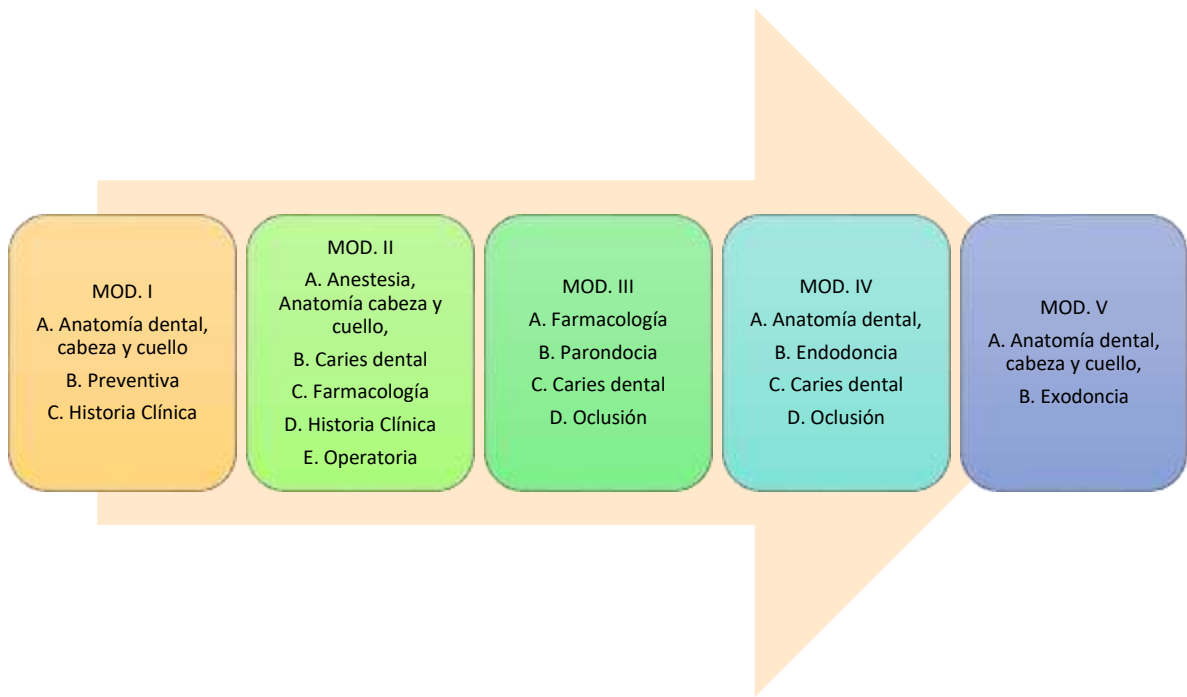


Ilustración 2

Promoción de salud dental

Las enfermedades bucales son parte de los principales problemas de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia en todas las regiones del mundo, particularmente por caries dental y enfermedad periodontal. De acuerdo al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles (SIVEPAB) en México hablar de caries dental es considerarla como una de las enfermedades más comunes en la población infantil de México, diversos estudios muestran que aproximadamente 7 de cada 10 preescolares padecen caries dental, sin embargo existen variaciones al interior del país, esto debido a la interacción de las determinantes sociales y biológicas de cada región (SIVEPAB, 2015)

La Organización Mundial de la Salud, ha tomado como indicador epidemiológico para medir la incidencia y prevalencia de caries dental, el Índice Significante de Caries (SiC) del CPOD y ceod, desarrollado por Klein, Palmer y Knutson en 1935, el cual consiste en sumar el número de dientes cariados (C), perdidos (P), obturados (O) y el número de dientes afectados (D), aplicable en dientes permanentes, para dentición temporal y dentición mixta, existe el ceod, donde la E representa a los dientes indicados para extracción; tras la sumatoria se puede obtener el SiC; lo que nos permite revisar la situación de caries de la población muestra, basada en la tabla de niveles de severidad (PAPIME, UNAM 2018):

-0.1	Bajo riesgo
1.2 – 2.6	
2.7 – 4.4	Mediano riesgo
4.5 – 6.5	Alto riesgo
Mayor a 6.6	

Tabla 3

De igual forma con base al protocolo de fomento de salud bucal del servicio social, se cubrirá con pláticas en campo, a través de actividades de recreación lúdicas para promover hábitos de higiene bucal en la población, exponiendo las principales

enfermedades bucales, su prevención e instrucción o refuerzo de la técnica de cepillado y aplicación de flúor dental en gel.

Objetivo: implementar medidas preventivas durante campañas de salud dental en las comunidades autónomas y diagnóstico oportuno de caries, para reducir riesgo a caries y enfermedad periodontal, brindando información sobre la higiene dental, complicaciones de enfermedades bucales y tratamientos preventivos, para así mejorar la salud dental.

Meta: visita semestral a comunidades para la vigilancia de cuidado dental tanto adultos e infantes a través del taller, y aplicación de flúor dental en gel (infantes mayores de 6 años).



Campaña de salud en la comunidad: Javier Hernández

Basada también en la meta propuesta por la Organización Mundial de la Salud y la Federación Dental Interamericana de alcanzar el CPOD-3 a los 12 años, es considerada prioritaria en todos los países, para ello se toma como muestra a la población autónoma zapatista de la comunidad de la Garrucha. (Bratthall, 2000).

Estrategias:

1. Reunión con promotor de salud de la zona de cada comunidad, para acordar fechas y comunidades a visitar, y darlas a conocer con los coordinadores de cada clínica. Para esto el promotor de salud general o dental de cada comunidad solicita la visita de la comunidad.

2. Reunión con autoridades de la Junta de Buen Gobierno, el Consejo Indígena de Gobierno, autoridades locales de las comunidades, para permiso de visita a comunidades, así como la descripción de las actividades que se sujetaran en cada clínica, tiempo y fecha de regreso a clínica.
3. Realizar taller de salud bucal y salud general en compañía de Médico Pasante del SS y promotores de salud general, para ello se convoca a la comunidad a reunión.
4. Levantamiento de índice de caries en comunidad muestra: La Garrucha.

Actividades

Campañas de salud bucal

Se visitaron algunas comunidades del Caracol III La Garrucha de los Municipios Autónomos Francisco Gómez, San Manuel y durante el voluntariado en Flores Magón.

De acuerdo al tiempo por comunidad se realizaron las siguientes actividades:

Francisco Gómez	1ª visita	2ª visita
San Miguel	1. Llegada a la comunidad.	1. Llegada a la comunidad
San Rafael (2)	2. Presentación y rompe hielos	2. Presentación y rompehielos
San Isidro	3. Platicas de salud general: plato del buen comer, lavado de manos, purificación del agua.	3. Pláticas de salud general: repaso temas previos, higiene y saneamiento, herbolaria
Juan Diego II (2)		
San Marcos		
Pataté Nuevo	4. Desparasitación con Albendazol	Adultos: métodos anticonceptivos
Javier Hernández	5. Rompehielos (juego)	Niños: recolección de plantas de uso medicinal, preparación suero oral casero
San María Magdalena	6. Platicas de salud bucal: técnica de cepillado, caries dental,	
San Salvador		

Poblado Nuevo Guadalupe	gingivitis, periodontitis, obra de teatro (Garrucha)	4. Desparasitación con Albendazol		
La Sultana			7. Cepillado dental y aplicación de flúor dental	5. Pláticas de salud bucal. Repaso, aditivos para higiene dental (hilo dental y pasta dental casera)
La Garrucha (2)				
San Manuel	1ª visita			
Vicente Guerrero	1. Llegada a comunidad 2. Presentación y rompe hielos 3. Somatometría pediátrica 4. Obra de teatro: Los dientes de Lupita (escuela zapatista, Emiliano Zapata) 5. Pláticas salud general: plato del buen comer y vaso del buen beber, lavado de manos, purificación del agua, 6. Rompehielos 7. Pláticas de salud bucal: técnica de cepillado, caries dental, gingivitis, periodontitis 8. Cepillado dental y aplicación de flúor 9. Repaso general			
Miguel Gómez				
Ché Guevara				
Emiliano Zapata				
Miguel Hidalgo				
Flores Magón	1ª vista	2ª visita		
San Jerónimo Tulijá	1. Presentación y rompehielos 2. Recolección de residuos, reciclaje y limpieza de escuela zapatista	1. Presentación y rompehielos en clínica autónoma 2. Desparasitación con Albendazol 3. Cepillado y aplicación de flúor dental		

		<p>4. En la iglesia: Obra de teatro (alumnos escuela zapatista)</p> <p>5. Platica salud bucal: técnica de cepillado dental, enf. Periodontal, materiales de restauración, importancia funcional y estética de los dientes.</p> <p>6. Obra de teatro- títeres: platicas de salud general: plato del buen comer, lavado de manos, higiene y saneamiento</p>
--	--	---

Tabla 4

Las actividades se realizaron en compañía de los promotores de salud general de la comunidad y con apoyo del coordinador de zona, para la traducción de temas y manejo y coordinación durante las campañas.

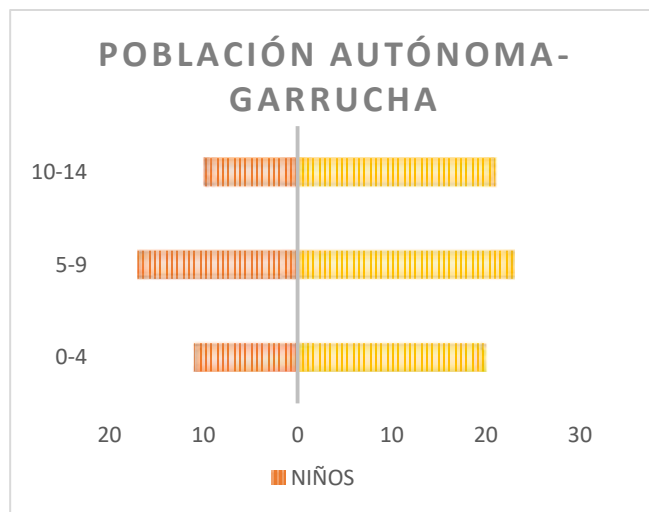
Resultados y Análisis.

En algunas comunidades la dieta que llevan es de alimentos que obtienen en la comunidad, agregándole bebidas azucaradas que se venden en las comunidades (refrescos o jugos empaquetados), galletas y dulces, por lo que indica que los niños y adultos, en su mayoría tienen dientes cariados y gingivitis o en su caso enfermedad periodontal.

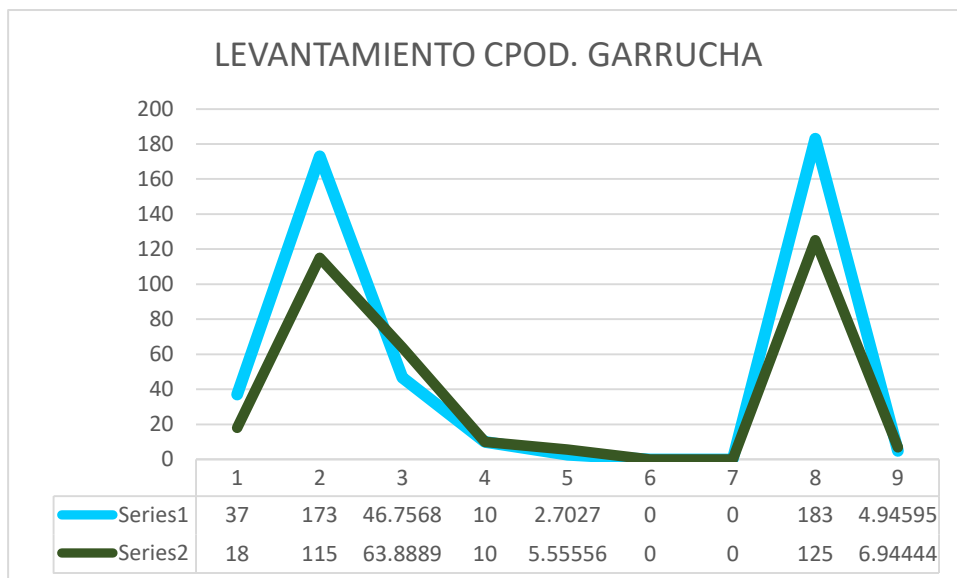


Ejemplificación del plato del buen comer de acuerdo a la región. VS Plato del buen comer de la comunidad Ché Guevara

En La Garrucha, se hizo el levantamiento del índice de caries SiC- CPOD (cariado, perdido, obturado y número de dientes afectados). Acudieron a la campaña un total de 38 niños y 64 niñas, menores de 15 años, pertenecientes a la población autónoma zapatista, en el siguiente gráfico se observa la distribución por grupo de edad.



GRÁFICA 10. Población menores a 15 años



GRÁFICA 11. Población infantil, menor a 15años.

En el gráfico 11, se observa un total de población infantil participante durante el levantamiento de CPOD, que por miedo u otro factor, se redujo para el levantamiento de caries (37 niñas y 18 niños) un total de 55 aprox un 50% del total de la población menor de 15 años.. Para obtener el resultado del CPOD se hizo tomando el índice comunitario, se contaron el número de caries por niño, se sumaron el total de niños censados y se hizo lo mismo para las categorías de dientes perdidos, obturados y dientes afectados. Como serie 1 correspondiente al grupo de niñas, se censaron 37 niñas, el total de dientes cariados son 173, es decir que al menos una de cada 37 niñas tiene alrededor de 4 a 5 dientes cariados, en cuanto a la categoría de dientes perdidos no es aplicable, debido a que los niños censados en su mayoría está en fase de recambio dental y se toman en cuenta los órganos dentarios a extraer, para los dientes obturados ningún niño presenta algún tipo de material de restauración. De acuerdo al índice comunitario y basada en el grado de severidad *obtenemos un índice de 4.9 en niñas y 6.9 en niños, que se encuentran en el rango de alto nivel de severidad.*

El programa se fue ejecutando de la misma forma en casi todas las comunidades, de acuerdo a lo que las autoridades locales nos permitían, funcionó cuando coordinadores, MPSS, EPSS y la comunidad se trabajó de forma colectiva, tal es el

caso de las comunidades de San Rafael, Juan Diego II, La Sultana, Vicente Guerrero, San Jerónimo Tulijá y Santa María Magdalena, quienes mostraron más interés en cuanto a los temas impartidos y solicitaron segundas visitas de forma voluntaria. A comparación con el resto de comunidades, la organización va en progreso, algunas donde nunca se había visitado y la población sobrepasó el número (como el caso de Javier Hernández). La aceptación de los temas de la primera visita fueron bien recibidos, se hizo énfasis en cada tema, las pláticas se dieron en español y tseltal, así como en tsotsil (ésto en la comunidad de Santa María Magdalena donde el mensaje costo llegar a los personas). En cuanto al tema de métodos anticonceptivos, para población adulta, el tema al inicio no fue bien aceptado, hasta que se fue desarrollando, permitiendo al final de la campaña consultas por parte de las mujeres. En cuanto a los temas de salud bucal, acudieron a consulta de revisión niños, mujeres y hombres, a los que se programó cita en la clínica más cercana con EPSS o promotor dental.

Sin embargo con los temas, surge el interés por parte de la EPSS por realizar obras de teatro y qué mejor si la participación es en conjunto con los niños voluntarios de la Escuela Zapatista, o de la comunidad en general, como el caso de Emiliano Zapata.

La promoción de la salud en México, existe, sin embargo no en todos lados llega información, el acceso es poco, en todo el año del servicio social, se intentó llegar a más comunidades, se dieron técnicas de cepillado repasándola tres veces, ejecutadas entre niños y adultos, se obsequiaron cepillos dentales, se buscaron ideas creativas para sustituir el cepillo de dientes, debido a que no todos cuentan con los recursos necesarios para adquirir uno, incluyendo la pasta dental, por lo que la mayoría no se lava los dientes, a veces se enjuagan.

Dentro de las complicaciones encontradas durante la formación, era el idioma, para conocer las palabras en tseltal y español habría que desmenuzar las palabras, las imágenes y prácticas, y los recursos usados, se logró llegar el mensaje. Es

importante mencionar que la enseñanza- aprendizaje no solo era de pasante a promotores, sino que fue recíproco y hubo reforzamiento de los conocimientos.

En cuanto al levantamiento del índice de caries, se detonan las causas del nivel de severidad alto de caries dental, factores que tienen en común las comunidades a las que se acudieron, tales como: alto consumo de bebidas azucaradas y frituras, nula o escasa higiene dental, deficiente saneamiento para realizar una buena higiene personal y dental, escasez de recursos para llevar a cabo el cepillado dental, etc.

De manera personal, para hacer promoción de la salud general y bucal, a través de una lluvia de ideas por parte del equipo de Salud y Desarrollo Comunitario (SADEC) y coordinadores de clínicas y promotores de salud, proponer temas que sean indispensables para sus comunidades, desde lo más sencillo: conocer qué es un diente, los tejidos de soporte, un cepillo dental ¿para qué sirve?, la importancia de la pasta dental, ¿por qué conservar los dientes?; hasta crear y generar conciencia de acudir a consulta dental, insisto en realizar obras de teatro, talleres exclusivos para niñas y niños. Enseñar y practicar con promotores dentales y ellos aterrizarlo en sus comunidades. Todo a manera de sugerencia y lograr los permisos con las autoridades locales.



Final de campaña de salud, comunidad Javier Hernández

SEPTIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE		ENERO		TOTAL		TASA ANUAL%	
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
10	26	31	35	10	21	15	9	24	15	170	264	104.3	131
11	13	7	3	3	5	24	0	12	2	120	89	73.62	44.3
10	5	10	7	7	3	3	0	4	7	104	108	63.8	53.7
5	9	3	1	4	2	4	1	5	3	30	54	18.4	26.9
3	1	2	2	4	2	1	0	1	3	31	27	19.02	13.4
2	1	3	5	3	0	0	1	1	1	21	29	12.88	14.4
1	0	0	3	1	0	0	0	1	0	21	16	12.88	7.96
5	2	3	0	1	0	3	3	0	4	21	17	12.88	8.46
0	0	1	0	2	0	0	2	0	0	25	14	15.34	6.97
0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	24	15	14.72	7.46

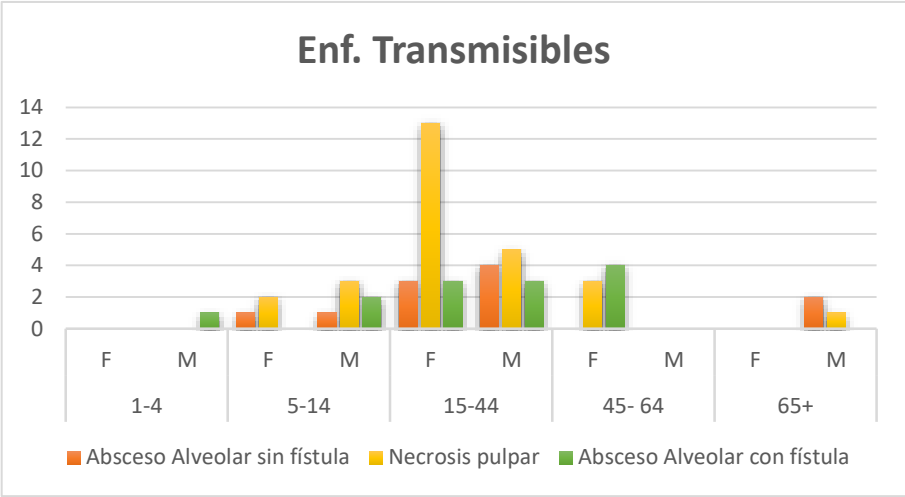
Para calcular la tasa anual, se tomó en cuenta la población que acudió a consulta a la clínica (201 mujeres y 163 hombres). Como primeras patologías se encuentra la incidencia de caries dental de dos tipos: de dentina y limitada a esmalte, le sigue la pulpitis y restos radiculares, se observan muy por delante de las periodontopatías.

Tabla 5

PERFIL DE MORBILIDAD	GRUPO DE EDAD											
	Febrero 2018- Enero 2019		1-4		5-14		15-44		45-64		65 +	
	CIE	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
Caries de dentina	K02.1			9	23	206	118	49	29			
Caries limitada a esmalte	K02.0				7	75	98	14	8		7	
Pulpitis	K04.0			6	16	90	49	13	38		1	
Raíz retenida	K08.3	1	4	3	6	32	7	21	10	2	5	
Depósito (acreción) dental	K03.6			4	5	21	20	4	5		1	
Anomalía de la posición dental	K07.3			1		22	18	7	3		3	
Otras lesiones no específicas en la mucosa bucal	K13.7				1	15	15	4	5		3	
Periodontitis aguda	K05.2					14	16	4	4		1	
Periodontitis crónica	K05.3					4	8	10	12	1	4	
Pérdida dental por periodontitis, exo, etc	K08.1					7		8	5		19	

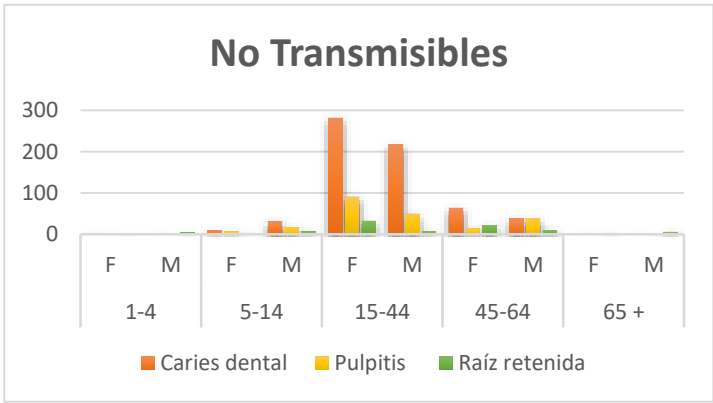
En esta tabla 10, se muestran las patologías y su preferencia por grupo de edad, se observa que el rango de edad con mayor riesgo a caries es 15-44 en mujeres, así como para pulpitis, en comparación de los hombres del mismo rango de edad su riesgo a caries es el mismo, pero el comportamiento de ésta es diferente, se retiene o limita al esmalte. Mientras que los restos radiculares se encuentran en mayor cantidad en el grupo de 45-64 y el comportamiento respecto a alguna periodontopatía es la misma. Se observa el edentulismo en +65 años de edad.

En cuanto a la transmisión de la enfermedad bucal, las más recurrentes están registradas en la siguiente tabla. Encontrándose a la necrosis pulpar como primer lugar, sin embargo cabe mencionar que se hace referencia a una destrucción dental en donde la exposición del tejido necrótico esté expuesto, no siempre es transmisible, debido a que no está expuesto; lo es debido al alto contenido bacteriano mixto tanto anaerobios como aerobios y sus exotoxinas, lo que provoca al final una gangrena, por descomposición de las proteínas y su putrefacción, en la que intervienen productos intermedios proteolíticos (indol, escatol, cadaverina y putrecina) responsables del penetrante y desagradable olor de la necrosis, así como productos terminales (amoníaco, dióxido de carbono, sulfato hidrogenado, agua y ácidos grasos) y endotoxinas. Dicha patología se observa con recurrencia al grupo etario de 15-44 predominante en el sexo femenino, seguido de: absceso alveolar agudo con o sin fístula, las cuales su contenido bacteriano es de naturaleza polimicrobiana, hallándose: *treponema denticola*, *porphyromonas endodontalis/gingivalis*, *tannerella forsythia*, etc. Dicha patología afecta principalmente a masculinos que se encuentran en el mismo grupo etario de la NP.



GRÁFICA 12

Para las enfermedades no transmisibles (infecto-contagiosas) se registra: caries dental (de dentina y limitada a esmalte) con preferencia al sexo femenino y al grupo de edad entre 15-44 años, sin embargo se observa que, caries dental la padecen mayores de 5 años de edad, seguida de pulpitis y restos radiculares (contando los dientes de niños mayores de 1 año (por caries dental sumada a una alta ingesta de carbohidratos y nula o poca higiene dental) lo cual promueve la pérdida prematura de los dientes temporales.



GRÁFICA 13

Las Tazas. Clínica De Los Pobres.

La siguiente tabla, muestra las principales 10 patologías registradas en el perfil de morbilidad durante el periodo Abril- Julio 2018, en la clínica “De Los Pobres” de la comunidad de Las Tazas, mi estancia como pasante en este cuatrimestre, se debe

a que no se ocupó la plaza de servicio social en la universidad. Como primeras tres patologías se encuentran: Caries de dentina, seguida de caries limitada a esmalte y ésta a su vez seguida del rango de las pulpitis. La clasificación está basada en la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Versión (CIE-10).

Tabla 6

PERFIL DE MORBILIDAD													
Abril- Junio 2018	CIE	Abril		Mayo		Junio		Julio		Total		Tasa de distribución por sexo	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	F	M
PATOLOGÍA													
Caries de dentina	K02.1	20	10	15	22	2	16	9	0	46	48	17.1	8.68
Caries limitada a esmalte	K02.0	5	13	3	10	7	0	5	0	20	23	8.21	3.77
Pulpitis	K04.0	6	12	2	6	2	5	5	0	15	23	8.21	2.83
Raíz retenida	K08.3	0	12	4	6	4	2	1	1	9	21	7.5	1.7
Anomalía de posición dental	K07.3	0	9	0	8	0	3	0	0	0	20	7.14	0
Depósito (acreción) dental	K03.6	0	4	2	1	4	4	0	0	6	9	3.21	1.13
Periodontitis crónica	K05.3	0	4	2	4	1	1	1	0	4	9	3.21	0.75
Gingivitis aguda	K05.0	0	0	1	3	1	1	0	1	2	5	1.79	0.38
Necrosis pulpar	K04.1	0	1	1	1	1	1	2	3	4	6	2.14	0.75
Abseso alveolar con fístula	K04.6	0	0	1	2	0	1	1	3	2	6	2.14	0.38

De la población que acudió a consulta, de acuerdo al diagnóstico (28 son mujeres y 53 son hombres, total 81), se calcula distribución porcentual por cada patología, la primera encontrada es caries dental, de los tipos: en dentina y limitada a esmalte: se presume que el 17.1% y 8.21% de mujeres padece caries dental respectivamente, dicho porcentaje es más alto respecto a los varones (8.68% y 3.77%).

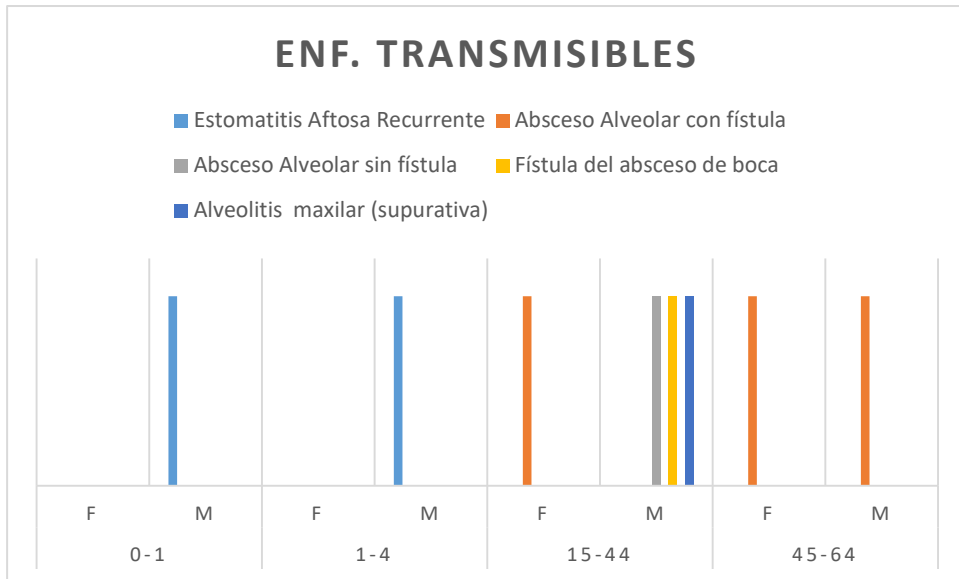
PERFIL DE MORBILIDAD		GRUPO DE EDAD					
Abril- Junio 2018		5-14		15-44		45-64	
PATOLOGÍA	CIE	F	M	F	M	F	M
Caries de dentina	K02.1	11	4	17	20	8	4
Caries limitada a esmalte	K02.0	2	8	19	7	8	

Pulpitis	K04.0	3	8	17	6	3	1
Raíz retenida	K08.3	2	7	13	1	5	1
Anomalía de posición dental	K07.3	13		7			
Depósito (acreción) dental	K03.6			6	3	3	3
Periodontitis crónica	K05.3			4	1	5	3
Gingivitis aguda	K05.0	1	1	4	1		
Necrosis pulpar	K04.1			2	1	1	1
Absceso alveolar con fístula	K04.6	1		1		1	1

Tabla 7

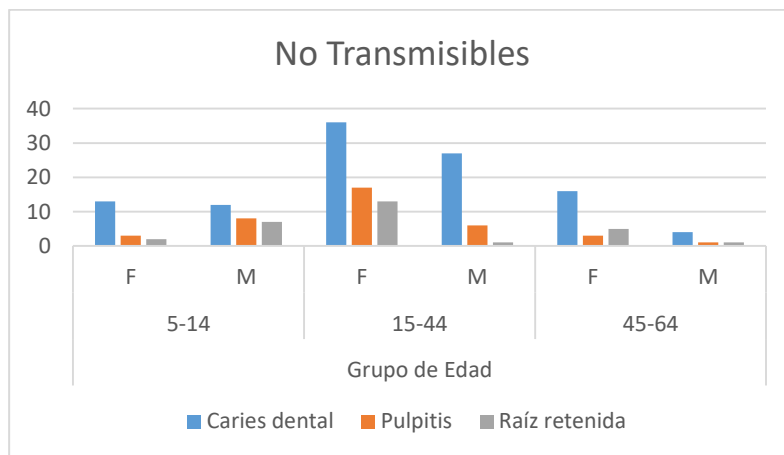
En esta tabla se observa el grado de afectación por grupo de edad de las primeras 10 patologías, encontrándose el rango de edad 15-44 con mayor riesgo a caries dental, seguida del grupo 5-14 donde la dentición es decidua y/o mixta. Se puede observar el comportamiento de la caries dental, c- dentina, predomina más en el sexo masculino en el segundo grupo de edad y en el primer grupo es en niñas, éste último baja en cuanto a caries limitada a esmalte y en el grupo 15-44 aumenta, se podría decir que al menos una mujer tiene caries dental ya sea limitada a esmalte con evolución a dentina, o por lo que se observa en las tablas anteriores pueden comprometer la pulpa dental ocasionando pulpitis, se observa también que en el menor de los casos hay necrosis pulpar o absceso alveolar con fístula.

En cuanto a enfermedades infecto-contagiosas (transmisibles), se encuentra: el absceso alveolar con o sin fístula, o solo la fístula, la cual tiene una combinada carga bacteriana, sin embargo, al no tratarse pueden tener un mal pronóstico, afectando por igual a los diferentes grupo de edad. Por otra parte se observa la incidencia de estomatitis aftosa recurrente en el caso de niños menores de 4 años, los cuales llegaban temperatura arriba de 37.5°C. y en la misma forma existe la presencia de la alveolitis maxilar si es supurativa, causada por traumatismo tras una extracción dental o nulo cuidado postoperatorio. Al menos se hallaron una persona por cada patología, ya mencionada.



GRÁFICA 14

En cuanto a las enfermedades no transmisibles más frecuentes, se englobó los dos tipos de caries (caries de dentina y limitada a esmalte), seguida de la pulpitis y restos radiculares.



GRÁFICA 15

Emiliano Zapata. Clínica Compañera Lucha.

De la misma forma, se observa en la siguiente tabla, las primeras 8 patologías encontradas en la clínica “Compañera Lucha” durante el periodo de Junio y Julio 2018, en la comunidad de Emiliano Zapata, el bimestre de estancia se debe a que no se cubrió la plaza de estomatología, hasta el mes de agosto 2018. Como

primeras tres patologías se encuentran: caries de dentina, seguida del rango de las pulpitis y de la periodontitis aguda.

PERFIL DE MORBILIDAD									
JUNIO - JULIO 2018		JUNI		JULI		TOTA		BIMESTRAL %	
		O		O		L			
PATOLOGÍA		M	F	M	F	M	F	M	F
Caries de dentina	CIE	1 0	3	0	1	1 0	1 4	20	14
Pulpitis	K04.0	1	3	1	3	2	6	4	6
Periodontitis aguda	K05.2	1	3	1	3	2	6	4	6
Otras caries dentales	K02.8	0	0	0	2	0	2	0	2
Abseso alveolar con fístula	K04.6	0	0	0	1	0	1	0	1
Gingivitis crónica	K05.1	0	1	0	0	0	1	0	1
Otras lesiones de la mucosa bucal	K13.7	0	1	0	0	0	1	0	1
Necrosis pulpar	K04.1	0	0	0	1	0	1	0	1

Tabla 8

Los datos para el cálculo de la población que acudió a consulta se obtienen de los informes mensuales de actividades, dando un total de 15 consultas, 5 varones y 10 mujeres que acudieron durante el bimestre Junio y Julio de 2018. Se observa la patología de caries dental del tipo caries de dentina, ocupa el primer lugar y su frecuencia se repite en el sexo femenino.

PERFIL DE MORBILIDAD		GRUPO DE EDAD			
Abril- Junio 2018		15-44		45-64	
PATOLOGÍA	CIE	F	M	F	M
Caries de dentina	K02.1	14	10		
Pulpitis	K04.0	3	1		
Periodontitis aguda	K05.2	2	1	1	
Otras caries dentales	K02.8	2			
Abseso alveolar con fístula	K04.6	2			
Gingivitis crónica	K05.2	1			

Otras lesiones de la mucosa bucal	K13.7		
Necrosis pulpar	K04.1	1	1

Tabla 9

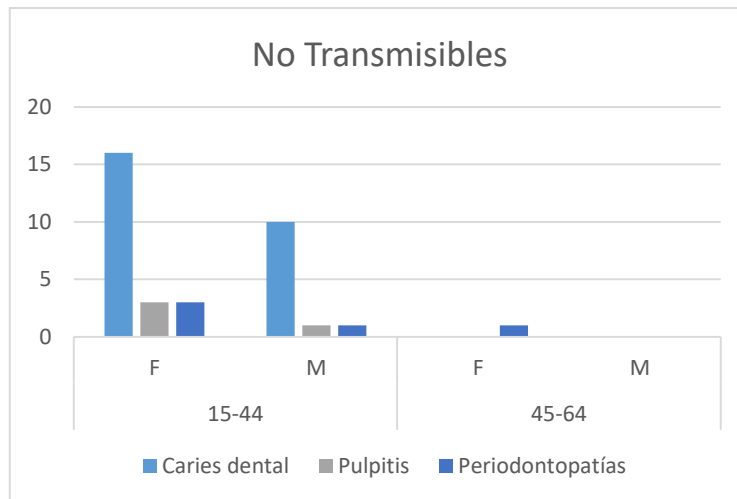
Se observa en la tabla, el grado de afectación de caries dental- en tejido dentinario con predominio en el rango de edad 15-44 años, viéndose más en mujeres que en hombres, así como el resto de las patologías, con preferencia en el sexo femenino.

Por otra parte, en cuanto a las enfermedades infecto-contagiosas (transmisión) se registraron el absceso alveolar con o sin fístula, así como la necrosis pulpar, con preferencia al sexo femenino.



GRÁFICA 16

En cuanto a las enfermedades no transmisibles, se engloba caries dental y periodontopatías (gingivitis, periodontitis), y se registra en 2º lugar la pulpitis.



GRÁFICA 17

Análisis

En similitud de las tres clínicas, las patologías en ocupar los primeros

General

de las tres patologías en ocupar los primeros

lugares, es la caries dentales (dentina y esmalte), la razón por la que se registró caries de dentina, es porque la lesión cariosa no sólo comprometía esmalte sino ya había afectación en la dentina; como tercer patología encontramos a las pulpitis ya sean éstas reversibles o irreversibles lo cual muestra que los productos de la síntesis bacteriana llegaron a la pulpa dental, reflejando que acuden principalmente por dolor dental, para los siguientes lugares, difieren las comunidades, encontrándose: depósitos o acreciones dentales: pudiendo ser sarro supra o subgingival, pigmentación dental; raíces dentales retenidas por proceso de caries, periodontopatías (gingivitis, periodontitis), anomalías dentales (de posición dental, dientes supernumerarios, etc) y disfunciones entre la relación de arcos y del ATM.

Lo que cambia en las tres clínicas, es el volumen de pacientes, descritos previamente, así como la incidencia de enfermedades bucales, por los factores económicos, sociales y condiciones físicas/salud de cada individuo.

Chiapas, pertenece a la región sur- sureste, de acuerdo al estudio realizado en 2017 por el SIVEPAB a usuarios de los servicios de salud población infantil (5-9 años), obtuvo un 4.50 índice comunitario en la entidad, se encuentra en la misma situación que el Estado de México, Morelos, Tlaxcala y Oaxaca.

Mientras que a nivel nacional, de acuerdo al Programa de Acción Específica, perteneciente al Programa Sectorial de Salud de la Secretaría de Salud, tras los estudios realizados en los usuarios de los servicios de salud (IMSS, ISSSTE,

Centros de Salud, Seguro Popular), se registró que el 94.9% de la población tiene caries dental, así como el índice de caries es más elevado en niñas que en niños, así mismo, para las mujeres, tienen un mayor número de dientes cariados que hombres en el grupo etario de 20-49 años de edad.

Conclusiones

El perfil muestra cuales son las principales enfermedades bucales en las comunidades indígenas, tales son: caries dental, que preceden al no ser tratadas al padecimiento de necrosis pulpar y en consecuencia a absceso alveolar y/o celulitis facial. Lo anterior contribuye a la pérdida prematura de dientes, ya sean temporales o permanentes, para el caso de los permanentes, los pacientes de las clínicas al igual que sus familias, en general, no conocen el cuidado dental.

Durante las campañas, compartí una reflexión con los presentes: si nos preguntáramos qué órgano de nuestro cuerpo es el que importa más diríamos que el estómago, de la forma que sea y tipo de alimento, hacemos y satisfacemos a nuestro estómago cuando tenemos hambre, no pensamos y desconocemos que debemos estar limpios de la boca cuando nos alimentemos, no sabemos cuántos dientes tenemos o su importancia, la lengua y sus funciones, sabemos que debe estar bien el estómago para rendir en el trabajo, es por ello que la visita a cada comunidad permitía dar información completa, no sólo viendo desde la postura profesional sino viendo la ocupación, costumbres y hábitos de las comunidades, se empezaba a generar interés cuando se les comentaba por qué perdían los dientes, a qué se debía, por qué a los niños les salen hoyos negros y por qué duelen.

Lo anterior, marca un sesgo amplio de conocimientos en las personas, no es porque no estén interesados, no, simplemente no conocen la información o no se ha llegado a ellas, creo que se debe crear un sistema de vigilancia por parte de las autoridades autónomas en sus comunidades para lograr disminuir enfermedades y prevenirlas.

CERRANDO EL SERVICIO SOCIAL

Chiapas, me ha abierto un panorama distinto al resto de lo que yo conocía, entiendo que es difícil crecer en conjunto, que mientras unos lucran con su salud, otros les enseñan a cuidarla, mientras que un partido ocupa la presidencia otros la rechaza y se vuelven autónomos. Existen dos formas de vida en sus comunidades, la autonomía o la dependencia al sistema federal. Ambas tienen ventajas y desventajas, algo es seguro, el sentido de pertenencia, sin embargo en una respetan más tus derechos y en la otra te limitan el acceso por no tener papeles. Entonces, decides en cuál creces con tu comunidad.

Considero que durante mi estancia en las comunidades autónomas quizá al inicio no haya sido de mucho provecho, le descubrí más encanto en la mitad de él. Amar a tu comunidad radica en que es lo que puedes aportar y enseñar, encontré la manera de hacerlo.

Al final del servicio social, me quedé tres meses más y pude conocer los otros espacios de Salud y Desarrollo Comunitario (SADEC), estuve en Arroyo Granizo y San Jerónimo Tulijál, comunidades pertenecientes al municipio Flores Magón del Caracol III La Garrucha, espacios, donde a comparación de las ya expuestas en el trabajo, cuentan con otros recursos, su desarrollo es completamente diferente a donde yo había estado, instauré lo mismo que trabajé con La Garrucha y Emiliano Zapata, y fue bien recibido, creo que se debe trabajar creando formas didácticas de aprendizaje, que cada pasante trabajará con al menos dos o tres comunidades por año de servicio social, a parte de la consulta, creo que se lograrían cambios importantes.

De la gente que conocí en los cinco espacios y comunidades visitadas, aprendí el lenguaje, me llevo tradiciones y costumbres.

De promotoras y promotores, me quedo con su entusiasmo y forma organizada de trabajar.

ANEXOS

Distribución de temas, para compartir con promotora

Tabla 10

TEMA	MODALIDAD	ACTIVIDAD
Topografía de la boca	Teórico/ Práctico (4)	Se describe tejidos blandos y duros, identificando estructuras y puntos anatómicos de la boca. Posteriormente se pide realizar un dibujo guía de la boca, colocando y señalando nombres de cada estructura, para después en consulta, identificarlos con el paciente.
Anatomía dental	Teórico/ Práctico (5)	Elaboración de un cuadernillo en conjunto con la promotora, en español, donde se describe: grupo y tipo de diente, anatomía coronal y radicular, tejidos dentarios, tejidos de inserción. Se realizaron ejercicios en pizarrón y cuaderno para familiarizarse con caras de los dientes: oclusal, distal, mesial, lingual/ palatino. En consulta se pedía describir e identificar caras, grupo y tipo de diente.
Cronología de la erupción	Teórico (2)	Tema integrado en el cuadernillo de Anatomía Dental, y se pidió seleccionar al azar niños de la comunidad para describir tipo de arco, número de dientes, reforzando secuencia de erupción, proceso de erupción y comparación con un arco de adulto en consulta.
Medicamentos en odontología	Teórico (2)	Se dieron a conocer los fármacos de uso dental para control del dolor, describiendo

		<p>posología, contraindicaciones e indicaciones, interacciones medicamentosas, Se elaboró un mini vamedecum de acuerdo a los medicamentos encontrados en la farmacia de la clínica. Se enseñó cálculo de dosis, para que en consulta, la promotora elaborara la receta dental.</p>
<p>Restauración con resina/ amalgama</p>	<p>Teórico/ Práctico</p>	<p>Se describieron generalidades de las principales afecciones dentales: caries dental, bruxismo, atrición, para elaborar las preparaciones de cavidades,-de acuerdo a la clasificación de Black, para después diferenciar qué material de restauración usar de acuerdo al tipo de cavidad, elaboradas en dientes naturales con base de acrílico y en el tipodonto de práctica. Se dieron a conocer las resinas que se tenían en el consultorio dental, el color, principios de adhesión, el grabado y fotocurado, desinfección de cavidades. Se llevó a cabo la preparación de amalgama con proporción amalgama/ mercurio,1:2. Posteriormente se realizaron reconstrucciones en preparaciones elaboradas en tipodontos, para después de practicar, hacerlas directamente en pacientes.</p>
<p>Técnicas de cepillado</p>	<p>Teórico/ Práctico</p>	<p>Descripción de técnica de cepillado Stillman, Stillman modificada y de Bass, su aplicación en un paciente pediátrico, paciente joven-adulto sano y paciente joven- adulto con</p>

		<p>enfermedad periodontal, paciente geriátrico. El mantenimiento y cambio del cepillo dental, tipos de cepillos dentales y uso de pasta dental, posología de flúor y comparación de dosis con semillas de acuerdo al tipo de paciente.</p>
Selladores	Teórico/ Práctico	<p>Guiadas por el cuadernillo, se pidió a la promotora identificar surcos, fosas y fosetas de cada órgano dentario, describiendo la función respecto a protección y oclusión dental, para llegar a la prevención de caries, y la importancia del sellador dental, se realizó la colocación de éste en tipodonto y después en paciente durante consulta, viendo indicaciones y contraindicaciones de cada caso.</p>
Aparatos y sistemas	Teórico	<p>Se revisaron aparato digestivo, sistema nervioso, óseo, cardiovascular, en conjunto con pasantes de medicina, a través de talleres y ejercicios para memorizar la anatomía y fisiología de cada uno.</p>
Manejo odontológico de paciente embarazada	Teórico	<p>Refuerzo de conocimientos de salud general, revisando cambios fisiológicos de la mujer embarazo y la repercusión de los mismos en los tejidos de soporte y susceptibilidad a padecer gingivitis, enfermedad periodontal y el riesgo cariogénico; describiendo los tratamientos dentales indicados en cada trimestre, indicaciones y contraindicaciones de medicamentos, de acuerdo a la</p>

		<p>clasificación FDA, control del dolor y posición del sillón dental, restricción absoluta del rayos X.</p> <p>Para reforzar conocimientos, se elaboró un taller para promotoras de salud sexual, para lograr y acercar la canalización de mujeres embarazadas</p>
Anatomía cabeza y cuello	Teórico (2)	<p>Se elaboró el cuadernillo de Anatomía de cabeza y cuello, describiendo huesos, músculos (faciales y de la masticación), inervación, irrigación, cadena ganglionar y articulación temporomandibular, a través de las macetas en el jardín, se describieron las ramas que inervan e irrigan cada órgano dentario: cada tronco grueso de la flor era un tronco nervioso- V par, Trigémino, su tallo el ganglio de gasser, sus ramas: maxilar, mandibular y oftálmica, así se fue describiendo para cada caso (inervación, irrigación, cadena ganglionar), etc.</p>
Anestesia	Teórico/ Práctico/ Clínico (3)	<p>Descripción a través de un cuadro comparativo, principales anestésicos usados en odontología, indicaciones y contraindicaciones de acuerdo al compromiso sistémico del paciente, dosificación, técnica de anestesia (directa, indirecta, complementarias- regional/ troncular) y tratamiento a realizar.</p>
Odontoxesis	Teórico/ Práctico/ Clínico	<p>Descripción de la composición del sarro, clasificación del sarro: supra y subgingival,</p>

		Revisión del instrumental dental. En el tipodonto se colocó masillas de acrílico o bicarbonato de sodio en cuellos dentales, para eliminarlo después.
Gingivitis/ Enfermedad periodontal	Teórico/ Práctico	Etiología, tratamiento y mantenimiento, de cada afección, uso de medicamentos, instrucción de técnica de cepillado a pacientes. Toma de radiografías, para revisar pérdida de hueso. Revisión del grado de movilidad dental. Para ello se elaboró el taller en el pizarrón y se pidió a promotora en consulta dental describir el estado general de las encías de cada paciente, explicar su padecimiento y tratamiento.
Caries dental	Teórico	Etiología, Evolución, indicadores de riesgo a caries (saliva, dieta, enfermedad), triada de Keynes, proceso salud- enfermedad, compromiso pulpar), clasificación (actividad, cavitación y color), y tratamiento. En consulta se pidió a promotora, dictar el odontograma, el cual permitió reforzar conocimientos de anatomía dental, enfermedad periodontal, caras de los dientes, etc.
Generalidades (repaso)	Teórico (4)	Refuerzo de conocimientos: en cada consulta, se preguntaba a la promotora las principales afecciones del paciente, ubicar huesos, músculos, puntos de referencia de nervios o vasos sanguíneos. Al finalizar un

		tema se hacía un repaso y de acuerdo a la retención, se le permitía atender la consulta.
Historia Clínica	Teórico/ Práctico (2)	Llenado personal del formato de historia clínica, se describió la importancia de registrar antecedentes heredo- familiares, personales, personales no patológicos, hábitos de higiene, edad, lugar de procedencia, para poder abordar al paciente.
Técnica de asistencia a 4 manos	Teórico/ Práctico/ Clínico	Conocer la asistencia durante la consulta dental para facilitarla y reducir tiempo, logrando la ergonomía esperada dentro del consultorio dental. Conociendo las partes del consultorio y revisión de instrumental dental, desinfección y esterilización, nomenclatura y clasificación de instrumental. Medidas de seguridad para evitar infecciones cruzadas.
Exodoncia simple	Teórico/ Práctico/ Clínico (2)	Una vez teniendo los conocimientos generales, se permitió a la promotora involucrarse en la extracción simple de órganos dentarios (con movilidad dental, raíces retenidas). Dando a conocer técnica de palanca con elevadores, y el proceso de extracción: diagnóstico, anestesia, sindesmotomía, luxación, extracción, mantenimiento del alveolo, sutura, retiro de puntos, prescripción farmacológica. Riesgo y complicaciones durante el tratamiento, indicaciones postoperatorias para el paciente.

Terapia pulpar	Teórico/ clínico	Práctico/ Guiadas con el cuadernillo, se describen las causas del dolor dental, por compromiso pulpar de caries, fracturas. Se enseña acceso pulpar, materiales dentales para recubrimiento pulpar directo o indirecto. Lo realiza en dientes naturales, tipodonto y es llevado a práctica con paciente.
-----------------------	---------------------	---

REFERENCIAS

1. Charvel, S. Derecho y salud en México: propuestas para una relación eficaz. Gac Méd Méx Vol. 145 No. 5, 2009.
2. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Adaptada y producida por la Asamblea General en su resolución 217 A (III) de 10 de Diciembre de 1946.
3. Pacto Internacional de los Derechos Económicos y Sociales. Texto PDF tomado de: ACNUDH. <http://ohch.org/sp>
4. Organización Panamericana de la Salud. 2012. Salud en las Américas, Capítulo 2: Determinantes e inequidades en la salud. Vol. Regional.
5. Montiel, L. 2004. Derecho a la salud en México. Un análisis del debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria. Revista IIDH. Vol 4.
6. Observatorio de la Salud. III. Políticas de salud: la reforma en México y en el mundo. Bobadilla, J. Cap 11. Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud: el caso de los países de ingresos medianos y bajos. 255-400pp (versión del trabajo: Janowsky, Katja (Editor). Health Policy and Systems Development, World Health Organization, Geneva, 1996).
7. Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas. Universidad Nacional Autónoma Metropolitana. 2013. Capítulo Primero. El derecho a la salud como derecho fundamental. Texto PDF tomado de: <http://biblio.juridicas.unam.mx>
8. Lugo, M. 2015. El derecho a la salud en México. Problemas de su fundamentación. Comisión Nacional de Derechos Humanos. México
9. Comisión Nacional de Derechos Humanos. 2018. El derecho a la salud de los pueblos indígenas. Servicios y atención en las clínicas de las comunidades. México 2ª edición.
10. López O, Escudero J, Carmona L, et. al. 2008. Medicina Social, ALAMES. Temas y Debates. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el taller latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. Vol. 3. Num 4.

11. Anuario estadístico y geográfico de Chiapas 2017 Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Anuario estadístico y geográfico de Chiapas 2017 / Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-- México : INEGI, c2017.. INEGI
12. Conociendo Chiapas. Octava Edición, 2018. INEGI, Obtenido de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/conociendo/702825093907.pdf
13. INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Panorama sociodemográfico de Chiapas
14. Sistema de consulta de organizaciones indígenas y conflictos étnicos en las Américas. (SICETNO). UNAM. Consulta: Asociación Rural de Interés Colectivo (ARIC Unión de uniones). Obtenido de base de datos: https://www.sicetno.org/ords/f?p=2000100:3:::NO::P3_ID:70
15. Notaría 178. ARIC Unión de uniones. Obtenido de: <http://notaria178.com.mx/22.htm>
16. Almeyra, Guillermo 2009 “Quince años del EZLN y la autonomía en Chiapas” en *OSAL* (Buenos Aires: CLACSO) Año X, N° 25, abril.
17. Sámano M, Durand C, Gómez G. 2001. Los acuerdos de San Andrés Larraínzar en el contexto de la Declaración de los Derechos de los pueblos americanos. Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM www.juridicas.unam.mx
<https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv> DR © Libro completo en: <https://goo.gl/yj6cbB>
18. Marcos M. 2007. Nada es gratuito en la historia. Madera 1965. La primera lucha armada por el socialismo en México. Ediciones rebeldía.
19. Enciclopedia de los municipios y delegaciones de México Chiapas, Ocosingo. Obtenido de: <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM07chiapas/municipios/07059a.html>
20. Las Tazas, recursos federales <http://www.haciendachiapas.gob.mx/rendicion-ctas/informes-SFU/Municipios/2010/informacion/4to-trimestre/Destino-Gasto/Ocosingo.pdf>

21. Subsecretaría de prospectiva, planeación y evaluación 2010. Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social. Ocosingo, Chiapas. Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), Consejo de Evaluación Social de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Obtenido de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/32849/Chiapas_059.pdf
22. Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud (IHME). Universidad de Washington. 2018. México a media tabla en inversión en salud y educación es: 104 de 195 países. Forbes México. Obtenido de: <https://www.forbes.com.mx/mexico-a-media-tabla-en-inversion-en-salud-y-educacion-es-104-de-195-paises/>
23. Gobierno de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 Obtenido de: https://www.snieg.mx/contenidos/espanol/normatividad/MarcoJuridico/PND_2013-2018.pdf
24. Banco Mundial. México: panorama general. Obtenido de: <https://www.bancomundial.org/es/country/mexico/overview>
25. Fondo Monetario Internacional, Foro Económico Mundial, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Banco Mundial. Obtenido de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/43882/MEX_Ficha_resume_n.pdf
26. Medina C, Maupomé G, Ávila L. et. al. 2006. Políticas de salud bucal en México: disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Revista Biomed. Vol 17. Pp 269- 286.
27. Valdez R, Erosa E, Zarza Y, et. al. 2018. Confiabilidad en la medición de caries dental. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma Metropolitana- PAPIME. Obtenido de: <https://www.zaragoza.unam.mx/wpcontent/Portal2015/publicaciones/libros/biologicas/libros/ConfiabilidadMedicionCariesDental.pdf>
28. Bratthall, D. Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new global oral health goal for 12- year-olds. Int. Dent. J., 50(6):378-84, 2000.

29. Salud y Desarrollo Comunitario, A.C. Programa de Desarrollo Humano. Protocolo de fomento a la salud bucal.
30. Secretaría de Salud. 1999. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales, publicada el 6 de enero de 1995. Distrito Federal. México. Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización, y Subsecretario de Prevención y Control de Enfermedades, Roberto Tapia Conyer
31. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales. Perfil epidemiológico de la salud bucal en México 2010 Secretaría de Salud. Obtenido de: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/10Anos_SIVEPAB.pdf
32. Prevención, Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Primera edición, xxx 2014. Secretaría de Salud. Obtenido de: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PreencionDeteccionControlProblemasSaludBucal2013_2018.pdf