

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Unidad Xochimilco



Casa abierta al tiempo

Ciencias Biológicas y de la Salud

Lic. en Estomatología

Agosto 2018-Julio 2019

*Diagnóstico de salud comunitaria en la Clínica autónoma
"Compañera Lucha" Emiliano Zapata, y clínica "De los
pobres" Las Tazas, San Manuel Chiapas.*

Juan Diego Terán Guzmán

Matrícula: 2133061651

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Joel Heredia Cuevas', is placed above the printed name of the advisor.

Asesor: Joel Heredia Cuevas

Contenido

1ª Sección	3
PROCESO DE ADAPTACIÓN AL SERVICIO SOCIAL	4
1.1 PERSONAL	4
1.2 RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE	6
1.3 COMUNITARIO	8
1.4 INSTITUCIONAL.....	10
2ª Sección	15
DIAGNÓSTICO COMUNITARIO	15
2.1 Introducción	15
2.2 Derecho a la Salud	15
2.3 La política de salud bucal mundial.....	18
2.4 Diagnóstico comunitario	22
2.4.1 Datos fisiográficos.....	22
Ocosingo.....	26
2.4.2 Indicadores sociales.....	26
2.4.3 Indicadores económicos.....	31
2.4.4 Indicadores políticos.....	34
2.4.5 Indicadores culturales	34
Las Tazas	36
2.4.6 Indicadores sociales.....	37
2.4.7 Indicadores económicos	40
2.4.8 Indicadores políticos	40
2.4.9 Indicadores culturales	41
Emiliano Zapata.....	42
2.4.10 Indicadores sociales	43
2.4.11 Indicadores económicos.....	45
2.4.12 Indicadores culturales	46
2.5 Conclusiones.....	47
3ª Sección	50
SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS Y PERFIL DE MORBILIDAD	50
Introducción	50
Políticas de salud	51
➤ Organización Panamericana de la Salud (OPS)	51

➤ Plan Nacional de Desarrollo (PND)	52
➤ Secretaría de Salud (SSA)	54
.....	54
Seguimiento de programa.....	55
Consulta externa	55
Fomento a la salud bucal	63
Índice de caries	66
Perfil de morbilidad estomatológico.....	72
Conclusiones.....	76
Evaluación (FODA)	77
Bibliografía	78

PROCESO DE ADAPTACIÓN AL SERVICIO SOCIAL

PROCESO DE ADAPTACIÓN AL SERVICIO SOCIAL

1.1 PERSONAL

Realizar el servicio en la Ciudad de México desde un comienzo no fue opción para mí, por lo que pretendía acomodarme en alguna plaza foránea y, la razón principal era provenir de una comunidad indígena del estado de Oaxaca, pues tenía la ilusión de poder apoyar en lo que pudiera a las personas con problemas si no iguales muy similares a las de mi comunidad.

Durante la presentación de plazas para realizar el servicio social la única opción foránea era Chiapas, por lo que decidí moverme para ganarme la plaza, fueron días largos pues no tenía alguna confirmación pero, al escuchar por parte del Dr. Joel Heredia encargado del proyecto Salud y Desarrollo Comunitario A.C (SADEC A.C) que la plaza me sería otorgado, la felicidad me invadió, la emoción por conocer un lugar nuevo, un estado del que había escuchado maravillas por su tierra y por supuesto por lograr mi meta de realizar mi servicio social en una comunidad indígena.

Llegó el día, viajar de Oaxaca a Chiapas, estados vecinos pero no tan bien comunicados, 13 horas de viaje para llegar a la ciudad de Palenque, pero con la emoción al máximo, las expectativas altas y con una ansiedad increíble por llegar ya a la comunidad que me había sido asignada.

Las primeras impresiones al llegar fueron que todo es verde, la amabilidad de las personas que conforman SADEC y que me sentía como en casa por el clima similar, calor puro.

El día de llegada conocí a los pasantes con ya 6 meses de servicio social así como a las compañeras y compañeros que al igual que yo, se integraban. Pero fue hasta el siguiente día cuando iniciamos con actividades propias del servicio social como la presentación de las comunidades a las cuales iríamos a ejercer, así como también una introducción de lo que es el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN). Después de esto me llegaron las primeras inquietudes e inseguridades sobre todo después de escuchar “hay personas que no hablan español”. Y así fueron los siguientes dos días con la entrega de programas por parte de la coordinadora de pasantes así como también la forma correcta de llenado de los mismos, y yo solo deseaba ya estar en la clínica.

Llegó el día sábado, el cuál era el día de entrada a comunidad, pero para eso se requería cumplir cierto protocolo. Debido a que trabajaríamos con el EZLN tenían que presentarnos en el caracol número 3 ante la junta del buen Gobierno.

El caracol 3 se encuentra ubicado en la comunidad que por nombre lleva “La Garrucha”. Dicha comunidad se encuentra a un aproximado de 5 horas de la ciudad de Palenque, el viaje en realidad se me hizo corto por el hermoso paisaje que iba conociendo, hasta allí todo marchaba como lo esperaba.

Antes de entrar al caracol y conocer la clínica de “La Garrucha” era necesario la presentación. Una hora fue la espera para poder ingresar al caracol y posteriormente conocerlo, y de pronto se vino el momento incómodo y de tensión, cuando en la oficina del buen Gobierno nos encontrábamos sentados

frente a personas cuyas expresiones eran de seriedad y disgusto hacia nosotros, que además se comunicaban entre ellas de forma quedito en una lengua que jamás había escuchado (Tzeltal), preguntaron por el nombre, edad, lugar de origen, motivo de llegada al caracol, tiempo de estancia, datos con la cual se redactaría una constancia que me serviría para ingresar a las comunidades que me fueron asignadas con facilidad, después de un rato de presentación comenzaron a mostrar sonrisas con las cuales la tensión para mí bajó y la emoción volvió a mí.

Después de un rato salimos y conocimos la clínica y parte de la comunidad. Esa noche se realizó la despedida de la actual pasante en dicha comunidad por lo que por primera vez escuché y noté la música estilo “sierreño” y la forma de bailar, sí que me estaba gustando el estilo de vida de allá.

Al día siguiente me tocaba viajar en compañía de Saúl hacia la primera comunidad asignada “Emiliano Zapata”. Después de una hora y media de viaje llegamos, y me encantó ya que todo era verde, un clima perfecto y todo era terreno plano rodeado de cerros. Pero fue hasta que vi partir el carro de SADEC con mi compañero dentro cuando me entró la nostalgia. Vi la realidad, lejos de casa, de la familia, de amigos, sin señal de celular, internet. Todo lo que había ignorado desde mi llegada a Chiapas. Me di cuenta que todas las comodidades que tenía en la ciudad habían quedado atrás y que de mi dependía adaptarme a la comunidad, aunque siendo sincero duró muy poco debido a que la comunidad, la clínica y sus personas me encantaron.

Debido a que en la clínica de Zapata siempre contaba con promotores (uno permanente y 4 rotantes) el día se me hacía interesante, divertido ya que estaba entusiasmado por aprender o al menos entender un poco la lengua de ellos para mayor y/o mejor comunicación.

Doy gracias a las personas de la comunidad de Emiliano Zapata ya que gracias a su amabilidad, a ese interés por conocerme y dejarse conocer hicieron que me sintiera cómodo y mi adaptación fuera más fácil, sobre todo esos increíbles niños (Payaso, Buche, Chitam lbal, y Chuch).

Poco a poco asimilé que estaría 12 meses con ellos, así que me integré (a decir verdad) bastante rápido con la comunidad, incluso el problema de la lengua que al principio era la parte más difícil, se me facilitó debido a que contaba con promotores que me apoyaban con la traducción.

Y con el paso del tiempo solo puedo decir (respetando la opinión de las y los otros pasantes) que me quedé con la mejor comunidad.

1.2 RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE

El médico es un personaje que hace mucho tiempo era visto como un dios, un ente humano, una persona que es o era visto por la sociedad como alguien superior.

La relación médico-paciente (RPM) es la base fundamental ante cualquier acto médico, que junto con la exploración se puede llegar al diagnóstico correcto y por ende ofrecer el tratamiento indicado.

Enfocando esto al área estomatológico, de igual forma el estomatólogo es visto como alguien capaz, superior, sin embargo representa para los pacientes alguien amenazante, como alguien que genera dolor en el área bucal. Todo paciente sabe que debe llevar algún tratamiento dental pero al tener la idea de que eso le significara dolor no acude o deja de acudir.

Se sabe que la persona al acudir a un consultorio dental le genera ansiedad y las posibles razones son: malas experiencias en cuanto a dolor, malos tratos, costos elevados.

He aquí la importancia del primer contacto con el paciente, la relación estomatólogo-paciente desde el punto de no ver a esa persona como “una endodoncia”, “una corona”, “una exodoncia”, “una incrustación”, etc. Sino más bien como un ser humano.

El Dr. Leonardo Viniegra, en su revista “Las condiciones para una comunicación humana en la relación médico-paciente” menciona 3 aspectos que configuran la RPM: La creciente dependencia tecnológica, la actual división del trabajo médico y las condiciones laborales de los médicos.¹ (Viniegra VL 2002). De los aspectos citados el que considero de mayor importancia es el tercero, el cual tiene que ver con el burocratismo, el autoritarismo y la verticalidad en el ambiente laboral ya que las cargas de trabajo suelen ser excesivas y por lo tanto la relación médico-paciente se pierde. En el caso del dentista, durante la carrera se siente también el exceso de trabajo, bajo una presión increíble por completar ciertas actividades las cuáles serán las que dicten una calificación y al igual que en la medicina general se pierde esa parte fundamental que es, ser humanos, empáticos, éticos, y ver al paciente como una persona la cual podría ser un familiar o uno mismo, el autoritarismo en las tomas de decisiones de igual forma genera la pérdida en la conexión estomatólogo-paciente.

Ahora bien, encontrándose en una población rural, en donde no hay más de 10 consultas en 24 horas del día, podría pensarse que esa relación médico-paciente se llevaría lo mejor posible desde el primer día, libre de burocracia, autoritarismo, claro, pensando que fueran las mismas culturas pero no.

Para empezar, en las comunidades que me fueron asignadas se habla el Tzeltal y eso significa que la comunicación no sería la correcta impidiendo así una buena RMP.

A modo de una pequeña experiencia, mi primera consulta fue con anamnesis indirecta ya que quien me contestaba era el promotor quien me apoyó con la traducción.

Se trataba de una persona femenina de 26 años de edad cuyo nombre es Florentina PR.

Anestesia bucal previa: SI y sin complicaciones

Embarazo: Negado.

Alergias a algún medicamento o alimento: Ninguna.

Ingesta de medicamentos: Negado.

- AHF: Madre y padre aparentemente sanos.
- APP: Aparentemente sana.
- APNP: Casa de un solo cuarto con paredes de madera, techo de lámina, piso de tierra, letrina, no cuenta con luz eléctrica.
- Motivo de consulta: “Quiero que me quiten mi muela porque me duele”
Paciente refiere dolor con inicio de hace aproximadamente 15 días, el cual aumenta en las noches al dormir, al consumir alimentos fríos y calientes, al consumir algún tipo de dulce y dicho dolor lo controló con paracetamol en su inicio. Actualmente sin dolor aparente.

En este caso, yo realizaba las preguntas con empatía, mostrando interés, deseando integrarme demostrando seguridad sin buscar imponer, y que la paciente no entrara en un estado de ansiedad. Pero vaya sorpresa que no hablaba “castilla” así que yo realizaba las preguntas y el encargado de traducirlas era el promotor. Al no entender nada de la lengua en ese entonces no sabía si realmente preguntaba lo mismo que yo y de igual forma que la respuesta de la paciente se me otorgara de la manera correcta. Entonces similar a una consulta pediátrica la RPM resultó complicada.

Lo pongo de ejemplo por ser mi primera consulta, lejos de todo pero sobre todo solo, en el sentido de no tener a alguien que pudiera apoyarme en caso de alguna complicación. Durante la anamnesis se le preguntó si ya le habían extraído algún órgano dental alguna vez para saber si ya antes le habían infiltrado anestesia. Con mayor seguridad me sentí al escuchar que ya había sido sometida a una extracción dental sin complicaciones con la infiltración de un anestésico, además de ser considerado como paciente aparentemente sano.

Excelente, se procedió a la toma de una radiografía para valorar si era realmente una indicación para una extracción. La paciente se notaba nerviosa por lo que trataba de darle confianza haciéndole la plática, pero de nada servía ya que no nos entendíamos, era un poco gracioso en realidad, incluso en algunas cosas como “puedes abrir la boca” a modo de pregunta se la realizaba con gestos. Efectivamente sí, era para una exodoncia. Bien seguro de mí inicié con la infiltración de la anestesia, todo lento, suave para no estresar más a la paciente con cierto dolor. Todo marchaba bien, terminé de infiltrar y... -nooooooooooooo-

Al retirar la aguja se me vino el peor miedo de toda la carrera. La paciente empezó a perder la conciencia, tenía el comportamiento de una persona convulsionando, aunque mi miedo me quiso invadir al suponer que se trataría de un choque anafiláctico, la calma se mantuvo y de inmediato le cheque los signos vitales, los cuales todos estaban en un rango de normalidad, un compañero médico me ayudó a ratificar signos vitales y me confirmó, de pronto la paciente reaccionó y se comportó con total normalidad, como si nada hubiese pasado, se le recomendó a la paciente y a su acompañante (su madre) que lo mejor era realizar el tratamiento en otro momento pero insistieron tanto que proseguí aprovechando la anestesia ya aplicada y pensando que todo ya estaba bien, continué con el procedimiento que al final fue un éxito pero la paciente tuvo en 3 ocasiones el mismo comportamiento

Lo curioso ante todo esto fue que al final la mamá de la paciente le dice al promotor y este a mí que eso ya le había pasado antes cuando le habían extraído un órgano dental, entonces surgen preguntas como, ¿Qué falló? ¿No supe expresarme? ¿El promotor no me entendió? ¿El promotor no supo explicarle a la paciente lo que le dije o viceversa? Llegando a la conclusión de que en ese cruce de información hay pérdida importante de la misma, lo cual hace que la RMP en este caso no se lleve a cabo en excelencia. Para cerrar el caso, al final de todo pude comprender que en varias comunidades cercanas a donde realicé mi servicio social ocurre el evento conocido como “cólico” que consta básicamente en la pérdida de la conciencia y dolor estomacal en ocasiones al sentir miedo, estrés o un enojo y que se presenta más en mujeres.

1.3 COMUNITARIO

- *¿Por qué decidió ser partera doña Lupita? ¡Ay doctor!, una vez soñé que atendí a mi mamá en su parto, desde ahí soy partera y hasta ahora tengo muchos nietos y nietas. -*

Al no contar con otro dentista se me asignan dos comunidades, que en su momento fueron tres, que son: Emiliano Zapata ubicado a 1 hora 45 minutos aproximadamente de la ciudad más cercana que es Ocosingo; Las Tazas, siguiente comunidad que se encuentra aproximadamente a 3 horas de Ocosingo y la última comunidad que me tocó cubrir fue La Garrucha, ubicado a dos horas aproximadamente de Ocosingo pero con una desviación en la salida de este. Las tres comunidades comparten culturas, lengua, el Tzeltal.

En todas estas comunidades se dedican básicamente a la agricultura, cosecha de maíz, frijol, calabaza, chile “tabaco” en algunos casos, así como la crianza de ganado, cerdos, pollos, patos, guajolotes y por supuesto caballos. En la mayoría de las familias los hombres se dedican al campo y al “trabajo rudo” y las mujeres a trabajos del hogar el cual incluye el cuidado de los hijos.

Las comunidades cuentan con una clínica que cubre las necesidades básicas de salud de la población, primer nivel, siendo el caso de La Garrucha y Emiliano Zapata, ya que en la comunidad de Las Tazas además cuenta con una clínica del IMSS.

“La cosmología Tzeltal se basa en el concepto de la interacción entre el cuerpo, la mente y el espíritu de una persona y cómo estos interactúan con la comunidad, el mundo y lo sobrenatural. Esto tiene una gran influencia en la medicina tradicional, que es importante porque a menudo es la primera fuente de tratamiento para la mayoría de los tzeltales y debido a la falta de instalaciones médicas modernas, a menudo es la única fuente.” ²(López HJR, Teodoro MJM 2006)

Cada comunidad cuenta con personas muy importantes para la misma, ya que además de contar con promotores ya formados con la medicina occidental por parte de personal de salud que apoyan a comunidades indígenas, cuentan con parteras, hueseras, hierberos los cuales están muy capacitados para atender las enfermedades más comunes de su comunidad, además de contar con toda la confianza de sus “compas”, ya que todos son compañeros. Haciendo referencia a la atención de enfermedades más comunes, específicamente a los hierberos

ya que durante el año de servicio pude notar que todas las personas tienen como primera opción la herbolaria y como segunda opción con el promotor de salud dejando al último al médico en caso de que el dolor no ceda. En el caso de los promotores y promotoras de salud general y dental son nombrados por sus comunidades. En cambio las parteras, hueseras/os, hierberas/os y curaderas/os son personas que a su forma de ver, nacen con el don pero que este es revelado mediante un sueño y es así como las parteras tienen muchos nietos ya que cada niña o niño que recibe significa un nieto más.

Las personas de las comunidades ven de forma diferente el mundo a como yo estaba acostumbrado a verlo, no se trata solo de ser amable, empático sino realmente sentirlo, “ponerse en los zapatos del compa o compañera”. Y no solo con las personas, sino con la flora y fauna de la tierra, para ellos realmente es la madre tierra.

En cuanto a la religión, el catolicismo es la que más creyentes tiene realizando así fiestas año tras año el día de algún santo que para ellos significa algo, porque son agradecidos con todo.

Recuerdo bien un día, 8 de septiembre del 2018 (aniversario de la comunidad Emiliano Zapata) día caluroso, día de fiesta para la comunidad, llevaba apenas un mes ahí por lo que me parecía un día normal, solo notaba baile, comida y diversión. Al siguiente año, misma fecha, ya conociendo algo de sus costumbres me permití acompañarlos gran parte del día y antes de que todo sea baile, comida, a pesar de ser un día lluvioso acudimos al manantial el cual les distribuye agua, llevaban cargando un santo con globos, este mismo fue colocado a lado del manantial con protección para evitar que se mojaran y apagaran las velas, se le realizó un pequeño ritual de oración y baile, todo con el fin de dar gracias por otro año de agua, de prosperidad y fertilidad de la tierra. Es decir, los tzeltales, son uno mismo con la naturaleza.

Ahora bien, todo es muy bonito en cuanto a que existen personas como hierberos, parteras, hueseras pero falta algo. Lastimosamente como en todo el país la educación bucal es deficiente. “Nadie muere por no tener un diente” “quítamelo (el diente) para que no me duela después” “me puedo poner otro” son las respuestas de algunas personas que se les preguntaba acerca del cuidado bucal, aunque también habían interesados que solían decir que si era importante el cuidado los dientes, sin embargo solo se quedaba en palabras.

Es cierto que existen personas que los de la misma comunidad les llaman dentistas por “sacar y poner” muelas. Sin embargo no existe alguien que se dedique a la parte preventiva, sino solo curativa como alguna hierba o medicamento para el dolor o en el caso extremo la extracción del órgano dental. El personal asignado a cada clínica en este caso el estomatólogo, se ve obligado a romper con ideas de restauración antes que la prevención, luchando con impartición de talleres, enseñanzas de técnica de cepillado y hasta la colocación de Flúor en gel, algo que a mi parecer no contribuye a mucho por el simple hecho de que no se cumple el protocolo correcto, pero se realizaba lo más correcto posible utilizando todos los recursos existentes. Las pláticas de prevención tanto a los promotores como a personas de diferentes comunidades son el camino hacia una concientización sobre la importancia del cuidado bucal y a mi parecer los niños son la ruta correcta.

1.4 INSTITUCIONAL

Al decidir realizar el servicio social en Chiapas sabía que sería con una ONG la cual trabaja con comunidades indígenas, pero sinceramente no tenía conocimiento de que sería con comunidades pertenecientes al Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), así que prácticamente se trabajaría con Salud y Desarrollo Comunitario A.C. (SADEC) y con el EZLN ya que siendo realista la UAM prácticamente se deslinda del pasante que decide realizar su servicio social en proyectos, quitando algo fundamental como lo es el seguro social aun teniendo conocimiento de que la exposición es grande.

El año 1994 es un año histórico, pues representa el año en que pueblos indígenas encabezados por el EZLN se revelaron ante un mal Gobierno, con una idea practicada anteriormente, como lo es el Zapatismo. Todo debido a la mala calidad de vida que tenían, la desigualdad social y la violación de los derechos humanos.

Dicho levantamiento dio como resultado la modificación de políticas gubernamentales en materia de salud y por ende la suspensión de los fondos del proyecto de salud en Marqués de Comillas, Santo Domingo y Las Cañadas. Programa que inicia en el año 1985 primeramente en Marqués de Comillas en apoyo con el Instituto Nacional Indigenista y dado a buenos resultados se amplió a Valle de Santo Domingo en 1989 y posteriormente en el año 1993 hacia Las Cañadas. Este programa tenía como objetivo la formación de promotores, promotoras y parteras en diferentes comunidades con la visión de que estos pudieran apoyar en las enfermedades más comunes de la región y así la salud pudiera quedar en manos de la población. ³ (SADEC 2020)

A pesar de estos esfuerzos Chiapas seguía siendo uno de los estados con mayor pobreza y con mayor índice de mortalidad materna e infantil.

“Ante estas nuevas circunstancias asesores y coordinadores comunitarios de este proyecto, reflexionamos y decidimos continuar, recurriendo a la figura de una ONG, capaz de fortalecer el proyecto desde una perspectiva diferente, compartiendo esfuerzos y experiencias en otras regiones del estado. Fue así que en febrero de 1995, en coordinación con Médicos del Mundo España, se retoma el trabajo con la figura de Salud y Desarrollo Comunitario, A.C.”³ (SADEC 2020)

SADEC se desarrolla en zonas de la selva y la cañada de Chiapas, trabajando en clínicas autónomas estratégicamente bien ubicadas en diferentes comunidades para lograr así una amplia atención primaria.

Este trabajo se lleva a cabo por parte de pasantes del servicio social de las carreras de estomatología, medicina y enfermería provenientes de la Universidad Autónoma Metropolitana en conjunto con promotores y promotoras tanto de medicina general, herbolaria, medicina bucal, partería. Empleando así la metodología que se planteó desde un comienzo en SADEC, que son la atención médica primaria, la capacitación y organización en salud mediante la formación de promotores/as que básicamente consta de talleres teóricos y prácticos en temas relacionados a enfermedades más comunes en la región y que éstos sean los que distribuyan la información creando comités y mediante ésta lógica se vayan creando casas comunitarias de salud.

La consolidación se deseaba que se llevara a cabo una vez fueran establecidas las casas comunitarias de salud con apoyo de personal médico se orientaría la

práctica y a medida que la red de casas de salud creciera se pudiera formar un centro de referencia para estas casas, unidades médicas de primer nivel, para luego ésta clínica fuera comandada por los habitantes de la comunidad creando medidas de sustento.

Afortunadamente a los 25 años del inicio, se ha trabajado hasta la actualidad sobre estos ejes, en diferentes clínicas como La Garrucha, Emiliano Zapata, Las Tazas, San Jerónimo Tulijá, Arroyo Granizo en donde participan estomatólogas/os y medicas/os. Además SADEC es un centro de apoyo para la formación mediante el sistema modular para pasantes de otras organizaciones como lo son Casa de la Mujer en Palenque Chiapas, Casa del migrante en Palenque Chiapas, el Hospital San Carlos en Altamirano Chiapas y pasantes que pertenecen a la Secretaría de Salud.

Se rige mediante programas como lo son, el control prenatal, control de enfermedades crónico-degenerativos, detección oportuna del cáncer cérvico-uterino en el caso de medicina general y control prenatal y de caries mediante acciones de prevención en el área de estomatología, además del programa de prótesis que actualmente no está en vigor.

Se menciona que SADEC es un centro de apoyo para pasantes basándose en el sistema modular de la UAM, ya que cada fin de mes se realizan talleres entre los que componen directamente SADEC y los pasantes de enfermería, medicina y estomatología donde se tratan temas que son base de SADEC como lo son el derecho a la salud, a la interculturalidad y salud y género. Además de apoyos constantes en temas relacionados con problemas de salud más comunes o graves en la región, teniendo como referencia la mortalidad materna e infantil. En este espacio es posible comentar que actualmente ya existe un pequeño apartado para pasantes de estomatología conformado por los mismos pasantes que les permite tratar temas exclusivos del área bucal y así poder realizar estrategias para la práctica y contribuir al cuidado general.

Para la formación de una ONG la cual llevaría por nombre SADEC tuvo que ocurrir un evento que ha quedado marcada en la historia, el levantamiento Zapatista.

Emiliano Zapata Salazar es un personaje significativo para la resistencia campesina y uno de los líderes más importantes durante la revolución mexicana con ideales de justicia social, igualdad, libertad, democracia social y el respeto a las comunidades indígenas, campesinas y obreras de México.

El EZLN es un movimiento de organización en el Estado de Chiapas la cual mayoritariamente está compuesta por indígenas de los grupos tzeltal, tzotzil, tojolabal, mam y chol el cual estaría en defensa de los pueblos indígenas y que sus demandas fueran atendidas y/o construir una nueva democracia que reconozca la pluralidad de las sociedades y derecho de cada comunidad a elegir su propia forma de gobernarse. Dicho movimiento hizo el levantamiento armado tomando la ciudad de San Cristóbal de las Casas, Las Margaritas, Altamirano, Ocosingo, Oxchuc, Huixtán, Chalam, Simijovel y San Andrés Larráinzar⁴ (Vázquez P.P 2006). Que si bien es cierto se dio a conocer el 1 de enero de 1994, su historia comienza años antes, siendo específico se funda en las

montañas del sureste mexicano el 17 de noviembre de 1983. Aunque la selección de personas que “darían el ancho” para formar el movimiento contaría como la primera etapa en el año 1982. La segunda etapa conocida como implantación básicamente es la fundación del movimiento con 6 personas con el objetivo claro de tomar el poder con armas. ⁵(Marcos 2003)

La tercera etapa se da entre los años 1986 y 1991, conocido como etapa de contacto e interacción. Se daban a las tareas de supervivencia como la pesca, casa y recolección de frutos y hierbas, al conocimiento de la zona, se estudiaban estrategias y la historia de México en cuanto a guerras, además de practicar artes marciales. En esta etapa se fueron interactuando con comunidades de la selva lacandona para el crecimiento de dicho movimiento, y así pasar de cientos a miles. Para evitar que se siguieran los mismos regímenes del gobierno en donde existe alguien que da la orden y otros lo cumplan, los 6 creadores tuvieron que integrarse con las comunidades en cuanto al estilo de vida, a la lengua para no solo dar órdenes sino también escuchar. También se sugirió que el movimiento fuera usado no solo para defenderse ante agresiones de la policía estatal o federal sino que tomara también un modelo ofensivo.

Entre el año 1991 y 1992 se termina el proceso de masificación y dejan de ser un ejército que permanece en las montañas para ser uno propio de las comunidades siendo así una sola fuerza la cual es conocida como “el brazo armado” de las comunidades. Esta es la cuarta etapa conocido como crecimiento y consolidación.

En el año 1992 se da la quinta etapa que es la consulta a la guerra. Debido a las adversas condiciones económicas que se vivía en el país se veía afectado el pueblo indígena de Chiapas lo cual generaba ideas en los integrantes del movimiento a ya iniciar la guerra. Después de una consulta a 400 o 500 comunidades y la evaluación sobre las ventajas y desventajas se decide por iniciar la guerra. Fue así que en enero de 1993 se plantea el carácter general de la guerra demandando democracia, libertad y justicia.

A lo largo del año 1993 ocurre la fase de la insurrección que sería la sexta etapa, donde cada grupo étnico nombra a un representante para contribuir a la consolidación de un ejército indígena real. En esta etapa se comienzan a ver las estrategias de guerra, incluso se da el primer enfrentamiento entre la fuerza militar y los zapatistas en la selva lacandona, justo antes de que México entrara al Tratado de Libre Comercio. Este enfrentamiento causó bajas de ambos lados siendo más en el lado federal, además el repliegue de tropas del EZLN pero dejando con presión al gobierno ya que exhibieron su desconocimiento de la zona y sus malas estrategias y dejando a México evidenciado ante el mundo. Después de esto se inician las valoraciones de dónde, cómo y cuándo empezar. Se mantenía la idea de iniciar en la ciudad pero con estrategias de no dañar a los civiles, además de tener claro en qué tiempo les convenía sobre todo en cuanto a la obtención de alimentos.

Finalmente se decide la fecha y el 30 de diciembre grupos indígenas a través de diferentes vehículos se dirigen a las 7 ciudades representativas de Chiapas para tomar cada edificio municipal. En ese momento el EZLN se disponía a revertir la adversidad.⁶ (Hernández MA 2007)

En el año 1996 después del enfrentamiento entre rebeldes y militares se firmó un acuerdo en donde el Estado se comprometía a reconocer a los pueblos indígenas en la constitución federal así como su derecho a la libre determinación. Al igual se reconocía su derecho a decidir sus formas de gobierno y organización política, social, económica y cultural. Donde el Estado se comprometía de igual forma a reconocer los derechos políticos, sociales, económicos y culturales de los pueblos indígenas. Dicho acuerdo lleva por nombre acuerdo de San Andrés Larráinzar.⁷ (López BF 2016)

En marzo del 2001 el EZLN en una movilización histórica conocida como “La Marcha por la Dignidad Indígena” o “Marcha del color de la Tierra” siendo esta la primera vez que el EZLN salían de Chiapas, visitó a los pueblos indígenas de 13 estados en 37 días ante el incumplimiento del acuerdo de San Andrés por parte del Estado que en ese entonces ya había cambiado del Partido Revolucionario Institucional (PRI) al Partido Acción Nacional (PAN) teniendo como representante, el presidente Vicente Fox Quesada. En éste mismo año se aprobó finalmente una reforma constitucional que desconoció los acuerdos de San Andrés, fue en ese momento donde el EZLN decide no buscar una interlocución con el Estado y en el año 2003 crear comunidades autónomas, caracoles y las juntas del buen Gobierno desconociendo la autoridad del Estado. Se comienzan a formar escuelas y clínicas autónomas los cuales serían atendidos por personas de la misma organización, eligieron a sus gobiernos locales y de los caracoles que hasta mediados del año 2019 eran 5 ya que en agosto del mismo año se anunció que el EZLN había asumido el control de 11 territorios pertenecientes a 8 municipios de Chiapas, de los cuales 7 de ellos serían caracoles haciendo un total de 12 y los 4 restantes solo serían municipios autónomos.⁸ (Ramírez C 2020)

Las clínicas autónomas “Compañera Lucha” y “De los Pobres” ubicados en las comunidades Emiliano Zapata y Las Tazas respectivamente pertenecen al municipio autónomo San Manuel. Anteriormente pertenecían al caracol número tres el cuál es “La Garrucha”. Con el nacimiento de nuevos caracoles ahora pertenecen al caracol número ocho, quien por nombre lleva “Resistencia y Rebeldía un Nuevo Horizonte” y “La luz que resplandece al mundo” como nombre de su Junta de Buen Gobierno. Dicho caracol tiene como sede la comunidad de Dolores Hidalgo el cuál es una tierra recuperada y que originalmente pertenece al municipio de Ocosingo, pero siendo autónomo al municipio “San Manuel”.

Ambas clínicas se manejan por medio de promotores, siendo el caso de la clínica “Compañera Lucha” la que cuenta con la participación de más de 80 promotores y promotoras que abarcan primer nivel (manejan conceptos básicos de salud pero no son capaces de atender una enfermedad, por lo que requieren apoyo de promotores más avanzados) y segundo nivel (aquellos que son capaces de ofrecer consultas médicas y replicar información certera y entendible hacia su comunidad). En cuanto a la educación se manejan en su propio estilo. Quienes imparten las clases son personas asignadas por el propio pueblo nombrándolos como promotores y promotoras de educación quienes por el mismo pueblo tienen el título de “Maestra, Maestro”.



DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

2ª Sección

DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

2.1 Introducción

El grado de marginación en la zona sureste del País es alto a muy alto, lo cual implica pobreza y pobreza extrema. A esta zona pertenecen los Estados de Guerrero, Oaxaca, Veracruz y Chiapas, siendo este último el Estado del que se hará referencia en este trabajo.

En esta sección se analiza el panorama del Estado de Chiapas, sus municipios y sus comunidades indígenas específicamente Las Tazas y Emiliano Zapata. Ubicando diversos factores para la presencia de las patologías más frecuentes tanto a nivel salud general como bucal.

Se analizará el derecho a la salud legalmente a nivel nacional y estatal, expresando lo que dictan diferentes organizaciones y pactos. Con la finalidad de verificar si el derecho a la salud es aplicado. Además de estudiar relaciones de la pobreza con los indicadores políticos, culturales, sociales y demográfico.

2.2 Derecho a la Salud

Podemos interpretar el concepto como la razón de una persona a exigir y demandar además de gozar un estado de absoluto bienestar físico, mental y social y no solo a no presentar una enfermedad⁹ (OMS 1946) el cual ha sido establecido mediante artículos en la constitución política de México.

La constitución política de los Estados Unidos Mexicanos es la ley suprema que rige a México, fue creada el 5 de febrero de 1917 para entrar en vigor el 01 de mayo de ese mismo año. Contiene 136 artículos y 19 artículos transitorios de los cuales, existen en ella ciertos artículos que se refieren a la salud y al derecho a la misma por parte de cada persona en el país.

- *El artículo 1; El tercer párrafo habla sobre la discriminación, queda prohibido motivada ya sea por el origen étnico o por el género, edad, discapacidades, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias, estado civil o todo lo que atente contra la dignidad humana y que tenga como objetivo anular los derechos de las personas.*

La discriminación en México es clara, y haciendo énfasis en el estado de Chiapas en donde por la vestimenta, por la lengua o por ideales distintos es complicado el acceso a la salud pública.

- *En el artículo 2; apartado B, fracciones III, V y VIII se mencionan las obligaciones que tienen las autoridades del Estado ante las carencias que afectan a los pueblos indígenas como asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud desde la ampliación en la cobertura del sistema nacional; Propiciar la incorporación de las mujeres indígenas al desarrollo mediante proyectos productivos y la protección de su salud; así como establecer*

políticas sociales para la protección de migrantes de los pueblos indígenas tanto en el territorio nacional como en el extranjero.

■ *El artículo 4: párrafos 3º, 4º y 6º*

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la constitución.

Toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar.

Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud.

■ *Artículo 18: párrafo 2º*

El sistema penitenciario se organizará sobre la base del respeto a los derechos humanos, del trabajo, la capacitación para el mismo, la educación, la salud, y el deporte como medios para lograr la reinserción del sentenciado a la sociedad y procurar que no vuelva a delinquir, observando los beneficios que para él prevé la ley. Las mujeres cumplirán sus penas en lugares separados de los destinados a los hombres para tal efecto.

■ *Artículo 73; fracción XVI*

El congreso tiene facultad:

XVI.- Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.

1ª.- El consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

2ª.- En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la Secretaría de Salud tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.

3ª.- La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del País.

■ *Artículo 123: apartado A, fracción V*

Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es una autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional en el sistema de las naciones unidad. Los ámbitos de actividades principales son enfermedades no transmisibles, enfermedades transmisibles, preparación, vigilancia y respuesta a las crisis, promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida, sistemas de salud y servicios institucionales que dice que la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de alguna patología o enfermedad.

En cuanto al concepto de salud bucodental refiere que es la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales, caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, afectando también su bienestar psicosocial.¹⁰ (OMS 1984)

La prevalencia de enfermedad bucodental varía de una región geográfica a otra, de la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud bucodental. Los factores sociales influyen, pero la prevalencia está aumentando en países de bajos ingresos y medianos en los cuales escasean los programas públicos de salud bucodental.¹¹(OMS 2020)

Las prioridades en la que se aboca la política de salud bucal en México son disminuir la experiencia de la caries dental, las periodontopatías y el cáncer bucal, para la cual se han diseñado diversos componentes de política, como son: el educativo preventivo de escolares, el educativo asistencial y la fluoración de la sal.¹² (Medina E 2006)

Las enfermedades bucales como la caries dental y las enfermedades periodontales son de la mayor incidencia y prevalencia alrededor del mundo y se encuentran concentradas principalmente en los grupos menos favorecidos, lo que las constituye como problemas de salud pública bucal. Durante las últimas décadas la prevalencia y experiencia de caries han declinado en algunos segmentos de la población de la mayoría de los países desarrollados, lo que se ha visto reflejada en países como América Latina y el Caribe¹³ (Ibídem 2020). La causa más probable de la disminución de la prevalencia de caries en el mundo es la instauración de programas de educación, prevención y tratamiento de esta enfermedad, cambios en los criterios de diagnóstico y la introducción de fluoruros.¹⁴ (SSA 2000)

Cuando la OMS hace referencia a que la salud no solo es la ausencia de la enfermedad indica que si una persona presenta una enfermedad crónica en área bucal, ya sea caries, enfermedad periodontal siendo las más frecuentes no goza de un estado completo de bienestar. Frecuentemente pareciera que la boca esta apartado del cuerpo, o pareciera que los dientes no significan algo importante para el funcionamiento del cuerpo. La salud bucal incluye el componente “dental” pero se relaciona con todo el complejo estomatognático, la salud bucal no puede visualizarse únicamente como un problema dentario. Diversos estudios han cuantificado las consecuencias sociales de la enfermedad a través de las limitaciones en la vida diaria y la calidad de vida, aunque desafortunadamente la investigación en el estado de salud ha incluido primordialmente el espectro de

condiciones severas y crónicas, y relativamente poca atención se le ha dado al impacto social de los problemas bucales. La salud bucal ha sido medida tradicionalmente con base a la patología de los tejidos, con limitado reconocimiento de las implicaciones de salud, económica y social de esas patologías.

La percepción que explica por qué la incapacidad funcional causada por la enfermedad bucal no ha sido incorporada dentro de los indicadores del estado de salud general, es que las condiciones bucales son comúnmente experimentadas por la mayoría de los individuos, y como no amenazan la vida en comparación con otras condiciones más serias, los individuos no asumen el “rol de enfermo” para la mayoría de las condiciones dentales. Esto hace que la utilización de servicios de salud dental se vea disminuida y en muchos casos no sea importante dentro de la agenda de salud.¹² (Medina et al 2006)

2.3 La política de salud bucal mundial

La salud en la población, aunque tiene su asiento biológico en cada individuo, tiene determinantes sociales y ambientales; por lo tanto, el mejoramiento de la salud puede consumarse a través de acciones deliberadas a nivel individual, de la prestación de servicios individuales y comunitarios, y de las intervenciones en salud pública.

En la reunión convocada por la Organización Mundial de la Salud en Alma Ata en 1978 se analizó el problema de la salud en el mundo y se adoptaron una serie de resoluciones en una declaración que lleva el nombre de esa conferencia. Estas resoluciones postularon la meta de “Salud para todos en el año 2000”, señalando que la posibilidad de lograrla dependía de la puesta en marcha de diferentes estrategias.

Después de la ratificación y adopción de la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud en 1978, en 1981 la OMS adoptó como primer indicador global del estado de salud bucal un promedio de no más de 3 dientes cariados, perdidos u obturados a la edad de 12 años para el año 2000. Las siguientes metas fueron propuestas para el año 2000 por la OMS y la Federación Dental Internacional (FDI) en 1981: 50% de los niños de 5-6 años debían estar libres de caries, 85% de la población debía tener todos sus dientes en boca a los 18 años de edad, reducción en un 50% de los niveles de personas edéntulas a los 35-44 años de edad, y la reducción en un 25% de las personas edéntulas a los 65 años de edad.

En 1983 la salud bucal fue declarada como parte de la “Estrategia Salud para Todos” y en 1989 la OMS aprobó la promoción de la salud bucal como parte integrante de “Salud para todos para el año 2000”. Aunque desafortunadamente en América Latina no se lograron las metas.

En México, según la “Primera Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis”, 3 de los 21 estados con datos disponibles en el 2000 no cumplieron con dicha meta (14.3%). En el año 2000 como resultado de la distribución de la caries dental en

la población se propuso un nuevo índice de caries y nuevas metas. El índice propuesto es el Índice de Caries Significante (SiC), que pone mayor atención en el tercio de la población con la mayor experiencia de caries. La meta propuesta para el 2015 es que a los 12 años de edad no sea mayor de 3.

El 16 de diciembre de 1996 se aprueba el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) en la cual el Estado Mexicano se adhirió el 23 de marzo de 1981 entrando en vigor el 12 de mayo del mismo año. Este pacto en su artículo número 12 habla sobre “el derecho al más alto nivel posible de salud”. Establece una obligación de adoptar medidas para reducir la mortalidad y la mortalidad infantil, así como asegurar el sano desarrollo de los niños, mejorar la higiene del trabajo y del medio ambiente; prevenir y tratar enfermedades epidémicas, endémicas y profesionales, así como asegurar la asistencia médica a todos.¹⁵ (CNDH 2012).

Dicho artículo reconoce que el derecho a la salud está vinculado con otros derechos humanos como a tener una vivienda, un trabajo, educación, a la vida, a la no discriminación, a la vida privada, acceso a la información. Los cuales dictan una forma óptima de vida, alcanzando así la meta propuesta que es el más alto nivel de salud incluso mejor establecido que el concepto que da la OMS. Hace mención sobre el derecho a la salud de la mujer. Aclara que no todo depende del estado parte, y el ejemplo claro que se pone es una enfermedad genética en donde el estado no tiene nada que ver, sin embargo la parte del goce más alto de salud se refiere a que esa persona cuente con las facilidades y servicios necesarios para poder alcanzar el más alto nivel posible de salud.¹⁶ (CNDH 2000)

La salud general implica una salud bucal. Porque si bien es cierto, la OMS da un concepto pero se nota ambiguo, no hay una profundidad como en el caso de la salud general, como si estuviera aislado recalcándolo nuevamente. Pero si se observa están relacionados, por ejemplo una periodontitis relacionado con la diabetes, el hecho de que por la misma enfermedad se puede llegar a una endocarditis bacteriana, la mal nutrición relacionada con la amelogénesis imperfecta. Es decir, tanto la OMS como la observación 14 de 2000 no tienen profundidad en el tema del derecho a la salud bucal. Que si bien a una persona le hace falta un órgano dental por desconocimiento se viola tanto el derecho a la educación bucal en este caso y a la dignidad humana. Por ende la salud bucal debería contar con el cumplimiento de las obligaciones estatales tales como se explican en la observación 14.¹⁷ (Rueda Martínez G. y Albuquerque A. 2016)

En el año 2019 el IMSS dice que en su programa de PrevenIMSS se enfocara a la prevención, creyendo que es la clave para la salud bucal. Se enfocará en niños y niñas menores de 10 años las cuales deben acudir al módulo del programa para recibir la técnica de cepillado, control de placa dentobacteriana y la aplicación de flúor, esto en periodo vacacional. De igual manera en la Semana Nacional de Salud Bucal que se da tanto en abril como en noviembre de cada año para implementar acciones tanto preventivas como curativas a fin de

disminuir incidencia y prevalencia de enfermedades bucales que de igual forma se lleva a cabo por parte de la Secretaría de Salud.¹⁸ (IMSS 2019)

Ahora bien, para el sector no perteneciente al IMSS o al ISSSTE el nuevo gobierno crea un nuevo sistema de salud “libre de corrupción”, el cual lleva por nombre Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) con lo cual de acuerdo a lo declarado en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 (PND) tiene la finalidad la “Salud para toda la población” con la justificación de que sistemas anteriores estaban coludidos con la corrupción, y el más cercano era el seguro popular, sistema creado por gobiernos anteriores. El INSABI tiene la visión que para el 2024 toda la población mexicana tenga acceso gratuito a los servicios de salud incluyendo medicamentos, materiales para curaciones y exámenes clínicos. Algo que se destaca es la parte de la prioridad hacia la parte preventiva. En este aspecto de igual forma incluye el área odontológica donde especifica que lo que no cubriría es la parte protésica, ortodoncia y cirugías mayores.¹⁹ (Diario Oficial de la Federación 2019)

En el Estado de Chiapas se ha llevado a cabo la Semana Nacional de la Salud Bucal, y lo hacen ver real con los datos arrojados. Se dan instrucciones de prevención, curaciones, pero toda esa información no llega a las zonas rurales, por lo que nuevamente se observa la discriminación y violación de sus derechos.

En las comunidades de Emiliano Zapata y las Tazas, las enfermedades bucales con mayor prevalencia son la caries, la enfermedad gingival y periodontal. En el caso de la caries se presenta desde una edad temprana observando en algunos casos incluso caries de biberón, existe un periodo entre las edades de 6 a 13 años donde se observan múltiples órganos dentarios sanos en su totalidad, esto debido al cambio de dentición temporal a permanente. En el caso de enfermedad gingival se observó en un rango de entre 20 a 35 años y enfermedad periodontal se observó en pacientes en un rango de edad de 50 a 65 años, cabe destacar que después de los 35 años hay pacientes edéntulos parcialmente. Como consecuencia a esto, vienen las complicaciones del dolor, edemas, abscesos, lo cual podría llevar a una complicación más severa, siendo drásticos, la muerte. Claro que la solución en la mayoría de los casos para los habitantes de dichas comunidades es la extracción del órgano dental que está en mal estado, que por consecuencia trae el edentulismo ya sea parcial o total por lo que afecta en la posición de la mandíbula durante la masticación dañando la articulación temporo-mandibular. El no tener dientes anteriores afecta la seguridad de las personas sobre todo mujeres, pero son tantos los casos que se comienza a considerar normal la pérdida de dientes a cierta edad. Incluso en los niños parece ser normal tener los dientes dañados por que es su finalidad ya que contarán con dientes nuevos a la edad de 6 años. A lo que deseo llegar con este párrafo es que, si en una comunidad marginada que no cuenta con acceso al primer nivel de atención estomatológica, destacando la falta de educación general y bucal, no contar con agua fluorada, se continuará con la idea de que el área bucal no es un problema de salud, sino solo dental, que la pérdida de dientes no tiene ninguna importancia debido a que la dieta está basada en frijol y tortillas que son alimentos suaves. De acuerdo al PIDESC no se está aplicando el derecho a la

salud para esta población ya que si bien es cierto que las clínicas autónomas ofrecen servicio odontológico en donde los pasantes del servicio social hacen su mejor esfuerzo por brindar la mejor atención, esas personas desconocen de su derecho a la salud, desconocen que están enfermos, desconocen que están lejos de alcanzar el punto más alto en salud, las atenciones a nivel hospitalaria son malas y no se observan facilidades para que los pobladores puedan gozar de salud. El servicio de salud a mi parecer hace más énfasis en lo curativo que en lo preventivo por lo que las personas ya adoptaron ese modelo, es decir; no existe una preocupación por prevenir ya que existe una hierba o medicamento que puede solucionar el problema. Gracias a SADEC. A.C y quienes la sustentan en los lugares donde colabora, se puede otorgar información y llevar a cabo actividades de prevención. Al no contar con suficiente apoyo solo se queda en talleres y actividades de prevención como lo son la técnica correcta de cepillado y aplicación de flúor. En realidad, no es posible cubrir todas las comunidades rurales con tan poco personal y materiales.

2.4 Diagnóstico comunitario

2.4.1 Datos fisiográficos

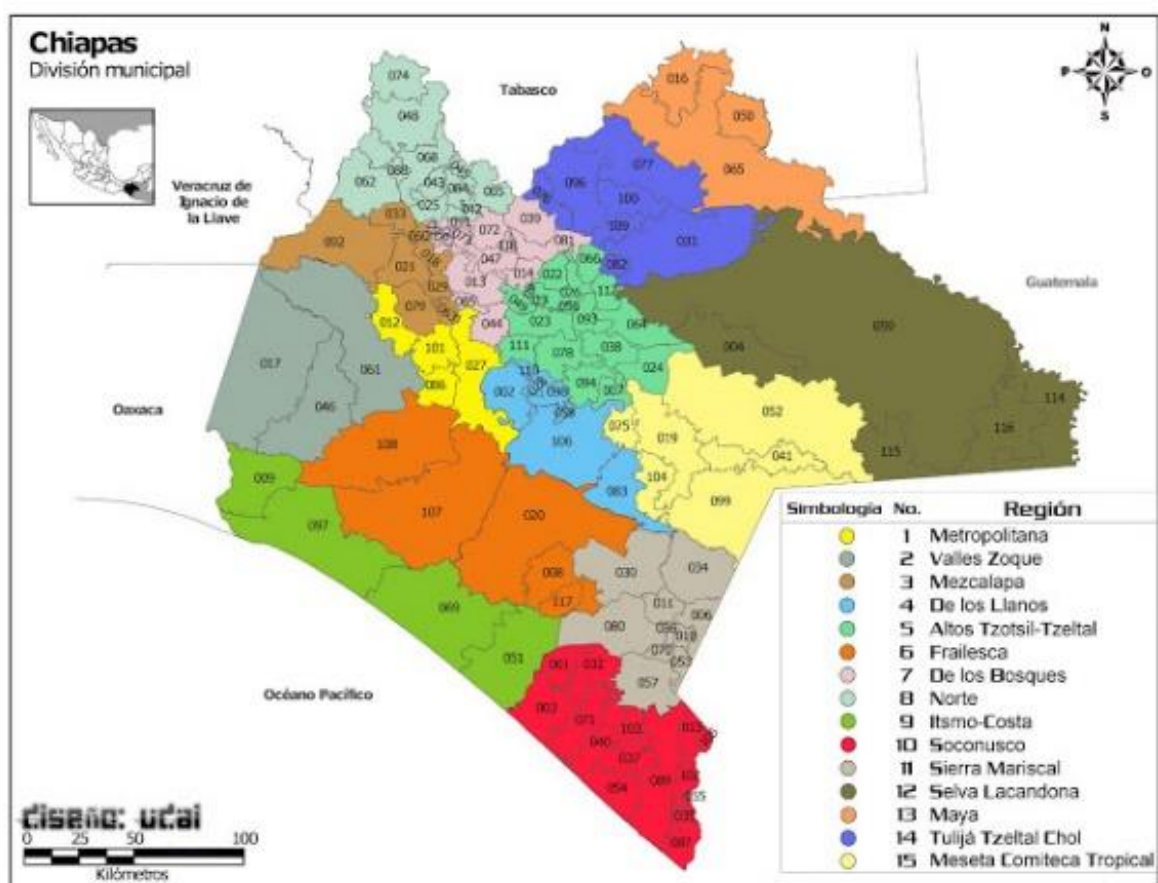
Chiapas es una de las treinta y dos entidades federativas que integran los Estados Unidos Mexicanos que se encuentra ubicado en el sur del país colindando con Tabasco al norte, al este y sureste con Guatemala, al sur con el océano pacífico, al oeste con Oaxaca y al noroeste con Veracruz. Fue fundado el 14 de septiembre de 1824

Está dividido en 124 municipios y su capital y ciudad más poblada es Tuxtla Gutiérrez. Otras ciudades importantes del estado incluyen Tapachula, San Cristóbal de las Casas, Comitán y Arriaga.



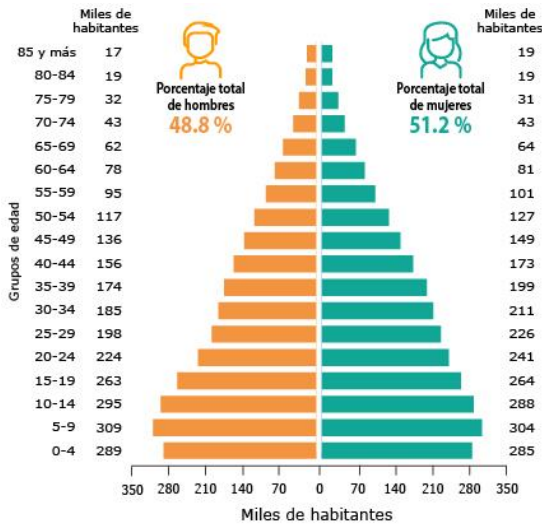
Cuenta con una superficie territorial de 77,311 km² y cuenta con 15 regiones las cuales son:

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1Región I - Metropolitana | 9Región IX - Istmo-Costa |
| 2Región II - Valles Zoque | 10Región X - Soconusco |
| 3Región III - Mezcalapa | 11Región XI - Sierra Mariscal |
| 4Región IV - De los Llanos | 12Región XII - Selva Lacandona |
| 5Región V - Altos Tsotsil-Tzeltal | 13Región XIII - Maya |
| 6Región VI - La Fraylesca | 14Región XIV - Tulijá Tzeltal Chol |
| 7Región VII - De los Bosques | 15Región XV - Meseta Comiteca Tojolabal |
| 8Región VIII - Norte | |



El estado de Chiapas es el octavo lugar a nivel nacional en cuanto al número de habitantes con un total de 5,543,828. Siendo 2,705,947 hombres representando un 48.8% y 2,837,881 mujeres siendo el 51.2%.²⁰ (INEGI 2020)

Porcentaje de habitantes del estado de Chiapas por género.



FUENTE: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020.

El Estado de Chiapas, tiene una población pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. Esta Constitución reconoce y protege a los siguientes: Tseltal, Tsotsil, Ch’ol, Zoque, Tojolabal, Mame, Kakchiquel, Lacandón, Mocho, Jacalteco, Chuj y Kanjobal.

En Chiapas hay 1,459, 648 personas mayores de 3 años que hablan alguna lengua indígena. Las lenguas indígenas más habladas en esta entidad son el Tseltal con un 38.5%, Tsotsil con un 36.4%, Ch’ol con un 14.4%, y el Tojolabal con un 4.5% hablantes. ²⁰ (INEGI 2020)

Lenguas indígenas más habladas en Chiapas.

Lengua indígena	Número de hablantes 2020
Tseltal	562,120
Tsotsil	531,662
Ch'ol	210,771
Tojolabal	66,092

FUENTE: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020.

“El clima en Chiapas en más de la mitad de su territorio, el 54%, presenta clima Cálido húmedo, el 40% clima Cálido subhúmedo, el 3% Templado húmedo y el 3% restante tiene clima Templado subhúmedo”.

La temperatura media anual, varía dependiendo de la región, de 18°C en los Altos de Chiapas, a 28°C en la Llanura Costeña. La temperatura promedio más alta es de 30°C y la mínima de 17.5°C.

La región norte del estado presenta lluvias todo el año, en el resto de la entidad, abundantes lluvias en verano. La precipitación total anual varía, dependiendo de la región.²⁰ (INEGI 2020)

Uno de los municipios es Ocosingo perteneciente a la zona de la selva. Se encuentra al oriente del estado e incluye la mayor parte de la Selva Lacandona siendo la puerta a la entrada a ésta. Su cabecera es la ciudad de Ocosingo.

Cuenta con una superficie de 9,520 km² y con una población de 234,661 en el 2020 (INEGI 2020) y con 46,858 viviendas habitadas ²⁰ (INEGI 2020) además de contar con 125,728 personas hablantes de una lengua nativa mayores de 5 años.

Sus	coordenadas	son:
Longitud 92°21'9"W 90°39'12.24"W, Latitud 16°4'26.4"N 17°14'23.28"N		

La ciudad de Ocosingo limita al norte con los municipios de Chilón y Palenque, al éste con la Republica de Guatemala, al sur con Benemérito de las Américas, Altamirano, Oxchuc y San Juan Cancuc. Sus coordenadas son 16°54'26" latitud norte y 92°05'46" de longitud oeste con una altitud de 888 metros sobre el nivel del mar.

Su clima es en la mayoría cálido húmedo. Las temperaturas varía dependiendo del año siendo entre los meses mayo y octubre una temperatura mínima que va de 12°C a 22.5°C y una máxima que oscila entre 21°C y 34.5°C. Mientras que de Noviembre a Abril la mínima oscila entre 9°C a 19.5°C y la máxima entre 18°C y 30°C.

El municipio cuenta con una superficie protegida o bajo conservación de 398,719.03 hectáreas que representan el 5.36% de la superficie estatal.

Las áreas protegidas son las reservas de la Biósfera Montes Azules, Reserva de la Biósfera Lacan-Tún, Área de Protección de Flora y Fauna Chan-Kin, Monumento Natural Bonampak, Área de Protección de Flora y Fauna Nahá, Área de protección de Flora y Fauna Metzabok y el Monumento Natural Yaxchilán. Además de contar con otra área que no está como área natural protegida que es el Monumento Arqueológico Toniná.²¹ (Ocosingo 2016)

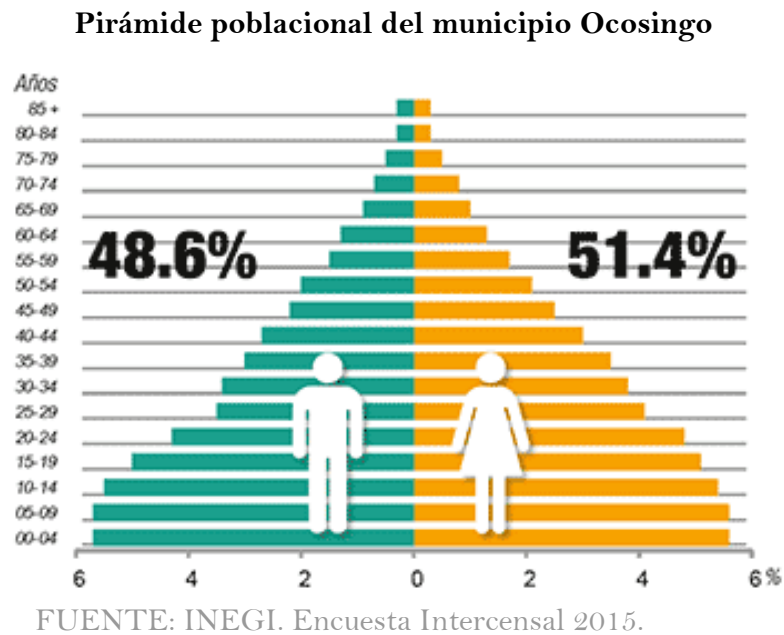
Las vías de acceso son por carretera, en diferentes rutas como San Cristóbal de las Casas, Altamirano, Palenque siendo estos por carretera pavimentada y hacia sus diferentes comunidades hablando de la cabecera municipal que es la ciudad de Ocosingo por terracería. Para el traslado hacia las comunidades de Emiliano

Zapata y Las Tazas es transporte colectivo llamado “redilas” que son camionetas con cajas abiertas capacitadas para el traslado de personas y mercancías de las mismas. También existen los taxis que en la mayoría son coches pequeños que trasladan a 5 personas a la vez.

Ocosingo

2.4.2 Indicadores sociales

2.4.2.1 Población



De acuerdo al INEGI, en el año 2020 en el municipio de Ocosingo existían medidas en porcentaje 49.3% hombres y 50.7% mujeres. Se observa un aumento del 0.7% en hombres, misma que disminuye en mujeres de acuerdo a la encuesta intercensal en 2015.

2.4.2.2 Natalidad y Mortalidad



La tasa de natalidad hace referencia al número de nacimientos en cierto periodo en un Estado, región, etc. En el estado de Chiapas para el año 2016 a 2019 se maneja un promedio de 2 hijos nacidos vivos y el porcentaje de fallecidos es del 3.5%. Esto manejado en un rango de 19 a 49 años. Mientras que el municipio de Ocosingo el promedio de hijos nacidos vivos es de 2.5 y el porcentaje de fallecidos es de 4.2%.²² (INEGI 2019 panorama sociodemográfico)

En cuanto a la mortalidad en el Estado de Chiapas al 2019 se registraron en total 28,317 defunciones siendo las enfermedades del corazón, diabetes mellitus y los tumores malignos las principales causas.²² (INEGI 2019)

2.4.2.3 Migración

Entre 2015 y 2020, de Chiapas salieron 17,014 personas para vivir en otro país, 83 de cada 100 se fueron a Estados Unidos de América. A nivel nacional se registraron 802,807, de ellos 77 de cada 100 se fueron a Estados Unidos de América.²⁰ (INEGI 2020)

Migración en el Municipio de Ocosingo 2015

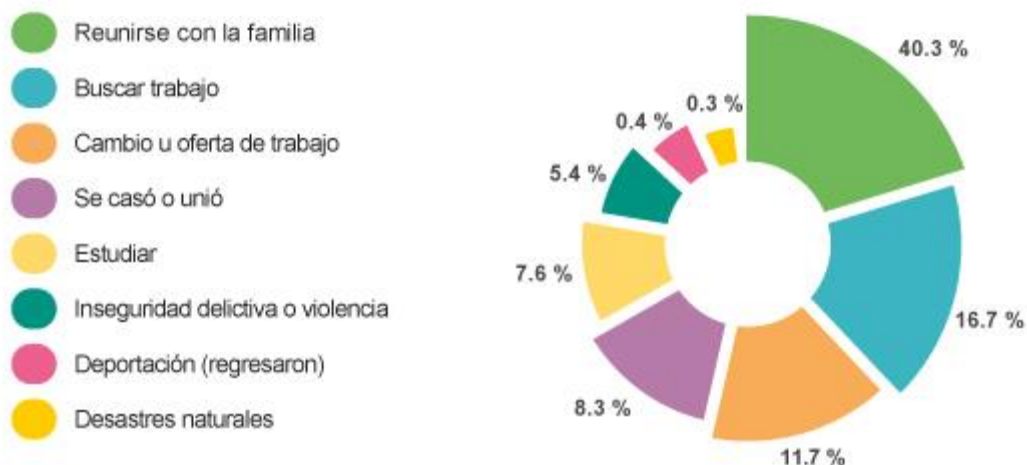
Sexo	Población de 5 años y más	Lugar de Residencia					
		En la Misma Entidad				En otra Entidad o País	No Especificado
		Total	En el mismo Municipio	En otro Municipio	No Especificado		
Hombre	93,494	98.69%	97.91%	2.09%	0.00%	0.76%	0.55%
Mujer	96,716	98.71%	97.99%	1.99%	0.02%	0.79%	0.50%

Indicadores de Migración a Estados Unidos			
Total de viviendas	37,712	Índice de Intensidad Migratoria	-1.0485
% Viviendas que reciben remesas	0.74	Índice de Intensidad Migratoria Reescalado de 0 a 100	0.2679
% Viviendas con Emigrantes a Estados Unidos del Quinquenio anterior	0.76	Grado de Intensidad Migratoria	Muy Bajo
% Viviendas con Migrantes Circulares del Quinquenio anterior	0.09	Lugar que ocupa en el Contexto Estatal	77
% Viviendas con Migrantes de Retorno del Quinquenio anterior	0.10	Lugar que ocupa en el contexto nacional	2,243

Fuente: Perfil sociodemográfico Ocosingo 2016, INEGI 2015

La marginación y el grado de pobreza que existe en el Estado de Chiapas son considerados muy alto específicamente en la región de la selva, que el 91% del total de la población se encuentra en pobreza de los cuales el 61% en pobreza extrema mientras que el resto en pobreza moderada. Dado esto muchas personas deciden buscar un mejor futuro emigrando ya sea a otro estado del mismo País siendo el caso Playa del Carmen, Cancún Quintana Roo o a un país diferente que es Estados Unidos.²⁰ (INEGI 2020)

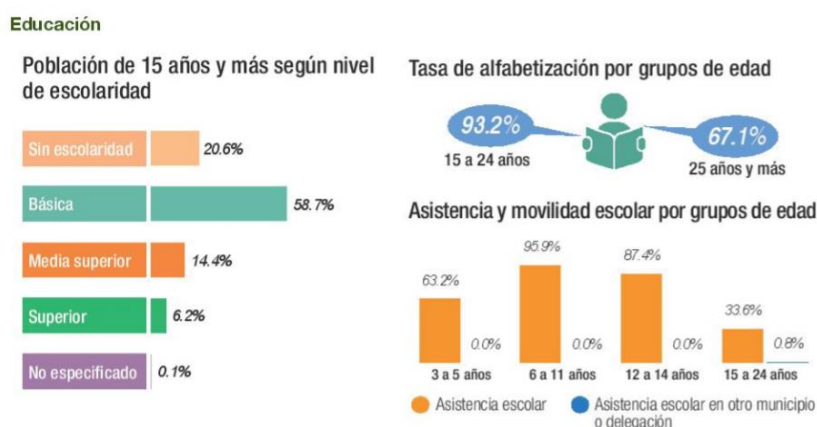
Las principales causas por las que migran las personas



FUENTE: Censo de Población y Vivienda 2020.

2.4.2.4 Educación

Grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más



Fuente: Perfil sociodemográfico Ocosingo 2016, INEGI 2015.

De acuerdo a la encuesta intercensal 2015 el municipio contaba con 340 preescolar, 451 primarias, 273 primarias indígenas, 94 secundarias, 2 de profesional técnico, 33 en bachillerato, 16 en formación para el trabajo y con un personal docente de 3,847 personas para su atención.

Dado a la situación económica de las familias chiapanecas que tienen un trabajo con el cuál sus ingresos son bajos, se tiene como consecuencia el rezago educativo, la inasistencia escolar debido a que no se pueden sustentar gastos en la compra de útiles o uniformes. La población cuenta con 89,262 niños y niñas de entre 0 a 14 años. Los niños y niñas mayores a 6 años de 36,658 solo 33,628 acuden a la escuela por lo que el resto se ve obligado a participar en cuestiones laborales para apoyo en la casa familiar. Considerando mayores de 15 años según el nivel de escolaridad; el 20.6% se encuentra sin escolaridad, el 58.7 % cuenta con escolaridad básica, 14.4% cuenta con educación media superior y el 6.2% con educación superior.²³ (INEGI 2016)

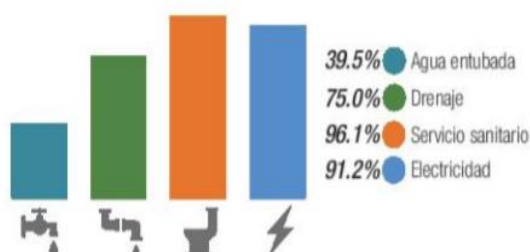
Debido al rezago comparado a nivel nacional Chiapas se encuentra en último lugar en cuanto al promedio de grado de escolaridad en jóvenes de 15 años y más siendo de 7.3 casi a la par con el estado vecino Oaxaca.²⁰ (INEGI 2015)

Los niveles más altos de deserción se observan a nivel bachillerato y se observa más en hombres. Esto está asociado directamente a la economía del Estado.

La tasa de alfabetización por rangos de edad es de 93.2% entre los 15 a 24 años mientras de 25 años en adelante el porcentaje es de 67.1%. Chiapas en un promedio de 100 personas 15 son analfabetas, factor importante en cuanto a la enseñanza de cualquier área que implique lectura.

2.4.2.5 Vivienda

Disponibilidad de servicios en la vivienda



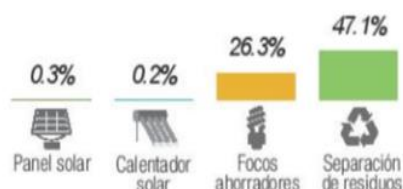
Disponibilidad de TIC



Tenencia de la vivienda



Ahorro de energía y separación de residuos



Fuentes: INEGI 2015

La vivienda representa un espacio, en donde más allá de proteger a una persona o una familia del sol, o de poder guardar cosas además de guardar su privacidad, es un espacio en donde las familias crecen, para posteriormente integrarse a la sociedad. Realmente lo justo sería una vivienda digna pero la realidad es otra, por lo que genera inequidades entre personas de una misma población, municipio, Estado o País.

En el municipio de Ocosingo para el año 2015 se identificaron 42,341 hogares de los cuales el 95.79% resultaron familiares, 4.19% no familiares. El promedio de ocupantes por vivienda es de 5.2 personas, y 1.7 personas por cuarto.

En cuanto a los servicios con los que cuentan, el 39.5% cuenta con agua entubada, 75% con drenaje, 96.1% con servicio sanitario y el 92% con electricidad. Para la tenencia de vivienda el 81.9% resulto tener casa propia, 9.1% alquilada, 7.2% prestado o de un familiar y un 0.6 inespecífico.

De las viviendas contabilizadas para el año 2015 el material para el techo en mayor porcentaje es la lámina metálica, asbesto, fibrocemento, palma o paja y madera siendo un 78%. Mientras que el material para las paredes de igual manera la madera y adobe es el porcentaje más alto con un 60.27% y el 39.38% son de tabique, ladrillo, block o cemento.

En cuanto al ahorro de energía y separación de residuos el 0.3% cuenta con panel solar, el 0.2% con calentador solar y el 26.3% utiliza focos ahorradores. Del total el 47.1% realiza la separación de residuos.

2.4.2.6 Salud

En el 2015 Chiapas ocupó el segundo lugar más alto en el índice de marginación y uno de sus indicadores es el acceso a los servicios de salud (CONAPO 2016). La salud como en todo el país es un tema de gran discusión por las carencias que se presentan año tras año, sexenios tras sexenios en donde las estrategias planteadas no han sido correctas siendo el caso del municipio de Ocosingo en donde se presenta la escases tanto de personal como materiales e infraestructuras.

En el 2015 la población derechohabiente del municipio que contaba con servicios de salud es de 180,915 habitantes y de estos las mayoría son beneficiados por el seguro popular en un porcentaje de 92.4% mientras que el IMSS, ISSSTE y PEMEX o Defensa, marina benefician al 7.4%, 2.5% y 0.5% respectivamente.

En cuanto a unidades médicas de consulta externa Ocosingo cuenta con 1 ISSSTE, 1 ISSTECH, 76 IMSS PROSPERA en su momento.

2.4.2.7 Religión

Como en todo el país mexicano, la religión predominante en el municipio de Ocosingo es la católica con 82,237 creyentes hasta el 2015 seguido de los protestantes y evangélicos con 55,671 creyentes, y en tercer lugar las bíblicas diferentes de evangélicas con 7,102 creyentes.

2.4.3 Indicadores económicos



FUENTE: INEGI. Panorama sociodemográfico de Chiapas 2016

La economía se concentra en el comercio, la agricultura y la ganadería.

➤ Agricultura

En el municipio se cultiva principalmente el maíz y frijol, estos son para autoconsumo o en caso de una cosecha buena para la venta, de igual forma producen caña de azúcar, plátano, tomate, naranja, mandarina, cítricos y

hortalizas. El café de Ocosingo es un producto de exportación, encontrándose variedades cultivadas a gran altura, con aromas y texturas de gran calidad.

➤ Ganadería

“La ganadería es de las principales actividades del municipio y se destaca por ser uno de los principales productores de ganado bovino del estado, predominando las razas tropicalizadas para adaptarse a las condiciones tropicales para la producción de carne y leche.”²¹ (Ocosingo 2016)

Para la producción de leche Ocosingo se reconoce por su elaboración del queso de bola y queso Chiapas a nivel estatal categorizándolos en quesos artesanales y quesos frescos.

➤ Apicultura

“Otra actividad en el municipio tiene una gran importancia dado que se produce miel para el mercado tanto interno como externo y la elaboración de productos derivados, en esta actividad se destaca la Sociedad de Solidaridad Social (SSS). Productores Agropecuarios de La Selva Lacandona "La Cañada", mejor conocido como La Mielera”.²² (Ocosingo 2016)

➤ Industria

En cuanto a la industria encontramos que se producen quesos, mantequillas y cremas; de igual forma el aprovechamiento de diferentes maderas para la creación de maderas además por el hecho de que PEMEX realice trabajos en campos de exploración y reserva de hidrocarburos se consideran la existencia de recursos petroleros.

➤ Explotación forestal

El municipio cuenta con los mayores recursos forestales del estado, extrayéndose especies finas como, caoba, cedro rojo, ceiba, pino y encino.

➤ Turismo

Algunos centros turísticos que otorga Ocosingo son la iglesia de San Jacinto de Polonia, la Pila de Agua hecha en 1890. Además de zonas arqueológicas donde destacan Yaxchilán, Bonampak y Toniná. También de contar una selva rica en flora y fauna y mantos acuíferos, lagos y cascadas.

➤ Comercio

El municipio cuenta con establecimientos comerciales donde se encuentra calzado, abarrotes, ropa, artículos de ferretería, materiales de construcción, farmacias, muebles, aparatos eléctricos, refacciones automotrices, entre otros.

El municipio cuenta con los servicios de hospedaje, preparación de alimentos, talleres de reparación, asistencia profesional, gasolineras y bancos.

En un municipio en donde mayoritariamente son indígenas y el machismo es notorio, la discriminación de igual forma. Los hombres son los que realizan mayor trabajo de campo que las mujeres, aclarando que las mujeres de igual forma trabajan, pero estos más dedicados a los deberes del hogar, lo cual implica el cuidado de los hijos. La otra parte son los que pertenecen a la zona urbana en donde se observa el acceso a la educación en mayor porcentaje por lo que los trabajos ya no solo son en la agricultura sino también en puestos gubernamentales, y por supuesto la presencia de profesionistas.

En una población de 12 años o más se divide en población económicamente activa y no económicamente activa. En el caso de la PEA representa un 38.5% de los cuales el 84.7% son hombres mientras que el resto, 15.3% mujeres. En el caso de la PNEA el 32.5% es de estudiantes, el 56.3% a las personas dedicadas a los deberes del hogar, el 0.5% son personas jubiladas o pensionadas, el 1.9% pertenece a personas con discapacidades mientras que el 8.8% refiere a personas involucradas a otras actividades no económicas.

La población ocupada era de 53,911 en el 2015, de las cuales 45,689 son hombres mientras que 8,222 son mujeres. Dividida en sectores se divide en un 60.58% en actividad primaria lo cual representa a 32,659 personas; un 7.4% en actividad secundaria lo que representa a 4,227 personas y un 30.84% en actividad terciaria representando a 16,626 personas.

Por división ocupacional el 9.39% de hombres, tienen puestos de funcionarios, profesionistas, técnicos y administrativos mientras que en las mujeres en esta misma división representa un 30.25%. En trabajos agropecuarios el porcentaje en hombres es muy alto siendo un 66.90% mientras que en mujeres dicta un 6.98%. Para trabajadores de la industria en hombres existe un 9.32% dedicados, mientras que para las mujeres un 4.48%. En el caso de las mujeres el porcentaje más alto se da en la división de comerciantes y trabajadores en servicios diversos con un 55.45% mientras que en hombres es un 14.09%. Claro comparando el número de hombres ocupados con mujeres, el porcentaje solo es un espejismo.

2.4.4 Indicadores políticos

Actualmente el estado de Chiapas es gobernado por el Lic. Rutilio Escandón Cadenas quien tomó posesión el 8 de diciembre del año 2018, el cual estará a cargo del estado por 6 años sin derecho a la reelección. Perteneció al partido político Movimiento Regeneración Nacional (MORENA)

El presidente municipal actual de Ocosingo es el Lic. Jesús Oropeza Nájera, perteneciente al partido político MORENA, el cual estará a cargo hasta el año 2021.

2.4.5 Indicadores culturales

Etnicidad

Ocosingo es un municipio que en su mayoría son indígenas, siendo un 82.53% las que se consideran indígenas mientras que el 0.02% se considera afrodescendiente. En la población de 3 años y más que habla una lengua indígena para el 2015 representa un 75% y de estos el 28.37% solo hablan su lengua, es decir no hablan el español

Los grupos étnicos que lo habitan son los Tzeltales, Choles, Tzotziles, Tojolabales, Zoques y Lacandones, debido a ello se hablan diversas lenguas maternas como son: tzeltal, chol, tzotzil, tojolabal, zoque y maya-lacandón. En el caso de las personas mestizas hablan el castellano.

Al igual que todos los estados tienen sus costumbres y tradiciones.

Las celebraciones más importantes del Municipio son:

El día 2 de febrero de cada año se celebra una de las fiestas de mayor arraigo, el cual es la fiesta de la Candelaria. Debido a que en esta época existe la compra y venta de café existe un ingreso en la economía lo cual sirve para comprar requerimientos de la familia. Además, la época de menos lluvia permite la diversión en familia en la feria.

De igual forma, debido a las creencias religiosas se realizan fiestas en honor a santos, y en Ocosingo en honor a San Jacinto Polonia, patrono de la ciudad el 17 de agosto de cada año se realiza una feria en el pueblo. Debido a la época en donde ya las lluvias están presentes no hay ingresos económicos como en febrero pero aun así, son fechas esperadas con júbilo.

En ambos eventos además de la feria se llevan a cabo eventos tanto culturales, como deportivos, así como religiosos.



FUENTE: Partería por parte de los Tzeltales, expresada en el museo de medicina en San Cristóbal de las Casas EPSS: Juan Diego Terán Guzmán

Las Tazas

Mapa satelital de Las Tazas.



FUENTE: Google maps

La localidad está situada en el Municipio de Ocosingo (en el estado de Chiapas). Hay 1381 habitantes de acuerdo al último censo poblacional. Dentro de todos los pueblos del municipio, ocupa el número 18 en cuanto a número de habitantes. La comunidad está a 520 metros de altitud. En la actualidad, de acuerdo a lo reportado en el IMSS Prospera en su momento manejaba una cifra de 2000 habitantes y sumándole las personas que pertenecen al EZLN se considera un aproximado de 2300 habitantes en las Tazas incluyendo al recién nacido hasta el adulto mayor. De éstos divididos por género son más del 50% mujeres que de igual forma está directamente relacionado con la emigración.

Las Tazas se localiza aproximadamente a 100 kilómetros de Ocosingo, que es la localidad más poblada del municipio, en dirección Este, lo que corresponde aproximadamente 3 horas de viaje en carro.

Para el acceso, desde la ciudad de Ocosingo, salen varios carros llamados redilas, así como también coches (taxis). Actualmente llegan hasta la comunidad 3 taxis y 6 redilas con precios de 80 y 60 pesos respectivamente, tanto para entrar como para salir de la comunidad. Con lo que se trasladan también distintos productos para autoconsumo o para venta. De igual forma son estos los medios para el traslado de algún paciente en modo de urgencia, pero con un precio mayor por ser considerado un viaje especial, el cual va desde 600 a 1000 pesos dependiendo del dueño del automóvil.

2.4.6 Indicadores sociales

2.4.6.1 Migración

En el caso de las comunidades zapatistas, la población no puede salir de las comunidades sin el consentimiento de la Junta de Buen Gobierno, solo con autorización la cual no debe exceder de 15 días. Por ello en Emiliano Zapata no existe la migración hacia otra ciudad o País. Algunos habitantes en la mayoría de los casos hombres salen a trabajar a la ciudad más cercana que es Ocosingo, a realizar diversas actividades relacionadas con la agricultura para así generar un ingreso para el sustento familiar o también para cubrir necesidades básicas de la globalización como lo es la compra de un teléfono celular o algún otro aparato tecnológico.

2.4.6.2 Educación

De acuerdo al último censo del INEGI en la comunidad existen 214 personas analfabetas de 15 y más años. 21 de los jóvenes entre 6 y 14 años no asisten a la escuela.

De la población a partir de los 15 años 206 no tienen ninguna escolaridad, 325 tienen una escolaridad incompleta. 88 tienen una escolaridad básica y 19 cuentan con una educación post-básica.

Un total de 53 de la generación de jóvenes entre 15 y 24 años de edad han asistido a la escuela, la mediana escolaridad entre la población es de 4 años.

Las Tazas cuenta con 2 escuelas primarias, una escuela secundaria y 1 una escuela de nivel media superior (COBACH)

Cabe destacar que en el censo no incluye a las personas zapatistas por lo que éste número aumentaría. Las Tazas actualmente no cuenta con una escuela para los habitantes pertenecientes al EZLN, por motivo principal de que la organización ha ido disminuyendo y no existe un promotor o promotora que apoye con las clases, por lo que los niños zapatistas en ésta comunidad no aspiran a la escuela, incluso en un 90% de acuerdo a percepción propia, estos niños no hablan el español en un rango de edad de 3 a 8 años.

2.4.6.3 Vivienda

Las Tazas es una comunidad catalogado con un grado de marginación muy alto con un estatus activo. Para el año 2019 hay un aproximado de 2300 habitantes, esto de acuerdo a una revisión propia a lo registrado por la clínica sede del IMSS ubicada en la comunidad, incluyendo a los habitantes que pertenecen al EZLN, desde recién nacidos hasta los de la edad adulta mayor.

Actualmente, el 100% cuenta con electricidad, al igual que el agua entubada y excusado o sanitario. Observando las tiendas que existen en las comunidades

ya cuentan con tecnología como televisores con señal por cable, refrigeradores, computadoras. Ya cuentan con teléfonos fijos así como con internet, tanto privado como público por parte de las escuelas. Algo peculiar, es que a pesar de no contar con señal de teléfono móvil en un gran porcentaje los jóvenes cuentan con un teléfono celular usando la vía inalámbrica.

De igual forma en el año 2010 las viviendas en Las Tazas en su mayoría eran de piso de tierra, actualmente ese porcentaje ha disminuido. Pues ya comienzan a verse pisos de cemento, incluso pisos con loseta.

2.4.6.4 Salud

Foto de la clínica Autónoma Zapatista de las Tazas, “De los Pobres” 2018



Fuente: Servicio social EPPS: Juan Diego Terán Guzmán

Se cuenta con una clínica afiliada al IMSS, el cual cubre una parte de la población. Dicha clínica tiene referencia al Hospital del IMSS ubicado en Ocosingo. Realmente la clínica trata con enfermedades crónicas degenerativas, y control prenatal en algunos casos. A nivel bucodental, a experiencia propia acude 2 veces al mes para atención de primer nivel.

Clínica Autónoma de Los Pobres, es la clínica que forma parte del Sistema de Salud que impulsa el EZLN, la cual cubre en gran mayoría a la población además de comunidades vecinas como Rosario Pacaya, Avellanal, Las Tacitas, La

Trinidad, San José, Nuevo Guadalupe, por mencionar a algunos. La clínica es una casa grande con techo de teja y pared de adobe. Se trata de un espacio con 4 cuartos, un anexo y una cocina. En los cuatro cuartos se dividen, un espacio para el personal (médico y estomatólogo), una farmacia, un consultorio dental y uno médico. El anexo se trata de un cuarto de hospitalización que actualmente es una bodega. La cocina, cuenta con lo básico, una estufa con tanque de gas, una mesa, dos bancos y un refrigerador. Además, cuenta con un baño y un área de lavado.

Existe una organización de personal para llevar a cabo un buen funcionamiento de la clínica son las autoridades. Entre ellos está la promotora encargada de estar con el personal todos los días de consulta para apoyar en la traducción al español además de vender los medicamentos indicados.

En la consulta médica se tratan enfermedades crónicas, control prenatal, vigilancia en la violencia, detección oportuna de cáncer cervico-uterino mediante la toma de Papanicolaou.

En cuanto a la consulta dental, la clínica cuenta con un sillón dental, un esterilizador, una compresora de aire y algunos materiales básicos. Por lo que la consulta dental está más dirigida a las extracciones dentales por razones distintas como no contar con suficientes recursos debido al alto costo de los materiales usados y por la misma demanda de la población. Desde la UAM y posteriormente SADEC se promueve la prevención, por lo que en cada consulta se enseña la técnica de cepillado y todo lo relacionado a la concientización de la persona a llevar un buen cuidado bucal. De igual forma se cubre en gran porcentaje a la población y pueblos vecinos.

En cuanto a la prevención que es tema nacional, se acuden a distintas comunidades con temas de prevención, hablando estrictamente del área bucal se enseña la técnica de cepillado y se realiza la aplicación tópica de Flúor en gel y el otorgamiento de un cepillo a cada niño y niña.

2.4.6.5 Religión

Al igual que en el Municipio, Estado y País, la religión con más creyentes es la católica. Lo cual lleva a las fiestas a diferentes santos teniendo más peso el de la Virgen de Guadalupe y el nacimiento del niño Dios.

2.4.7 Indicadores económicos

La dedicación principalmente es la agricultura, en donde la siembra es del maíz y frijol principalmente, esto es para autoconsumo y en dado caso a la venta para comprar otros productos básicos. Existe igual la siembra del chile, calabaza y el jitomate, estos si son para la venta en la ciudad de Ocosingo.

Se dedican de igual forma al comercio, existen varias tiendas los cuales cuentan en su mayoría con ropa para vender, tanto de hombres como mujeres. Hay tiendas de zapatos, sombreros y utensilios para el caballo ya que Tazas es una comunidad que está repleto de caballos con su respectivo jinete, sin importar edad.

El INEGI en el 2010 dice que el 23,32% de la población mayor de 12 años está ocupada laboralmente (el 45,97% de los hombres y el 1,15% de las mujeres).

2.4.8 Indicadores políticos

❖ Las Tazas y Emiliano Zapata.

En Las Tazas existen 3 sectores políticos, el más grande es la Asociación Rural de Interés Colectivo (ARIC), la Fracción II y el EZLN, siendo este la minoría.

Cada uno maneja su política distinta, los dos primeros con partidos políticos como MORENA, PAN, PRI, PRD, etc. Y el último con el lema “El pueblo manda, y el Gobierno obedece”

En el movimiento Zapatista se encuentra la jerarquización del poder de acuerdo a 5 niveles que son: Comunitario, Municipal, Caracol, Zona y Comandancia General. Cada uno de dichos niveles cuenta con autoridades que se encargan de hacer valer las políticas con que deben funcionar.

Las comunidades de las Tazas y Emiliano Zapata corresponden al municipio autónomo San Manuel, mismo que anteriormente correspondía al Caracol III “La Garrucha” El camino del Futuro. Con la ampliación del zapatismo ahora, pertenece el caracol VIII con sede en Dolores Hidalgo que rinde cuentas en la región selva del Ejército Zapatista de Liberación Nacional.

Las autoridades encargadas de dar funcionamiento correcto en la comunidad son el comité de salud, el comisariado ejidal y un comité de educación en el caso de Emiliano Zapata. Dichos comités están conformados por personas de la misma comunidad parte del EZLN los cuales rotaran cada 3 años con el principio básico de mandar obedeciendo.

2.4.9 Indicadores culturales

En su totalidad es una población Tzeltal, y de estos el 50% habla el español de acuerdo al último censo poblacional del INEGI.

Las fiestas grandes de la comunidad son el 2 de febrero, día de la candelaria, en donde realizan una fiesta de 3 días. Realizan carreras de caballos con grandes apuestas, pelea de gallos, y baile en las noches.

El 12 de diciembre de igual forma se esperan a los antorchistas, que son personas voluntarias que realizan un recorrido a pie, rotados con una antorcha, quienes van visitando diferentes iglesias hasta llegar a su comunidad. En el caso de Las Tazas visitan el municipio de Tila Chiapas, y desde ahí comenzar la carrera hasta volver a Tazas. Realizan una ceremonia con misa, para finalmente cerrar con un baile el 12. La otra gran fecha es el día del nacimiento del niño Dios que se realiza el 24 de diciembre. De igual forma realizan misa, un recorrido breve al ritmo de la flauta y tambora, para finalmente cerrar con la espera de las personas afuera de las iglesias hasta las 12 a.m. y de ahí comenzar con el baile, el cual acaba aproximadamente a las 4 a.m.

Emiliano Zapata

Mapa satelital de Emiliano Zapata



Foto de la comunidad Emiliano Zapata 2019. Google maps



FUENTE: Foto de la comunidad Emiliano Zapata 2019. EPPS Juan Diego Terán Guzmán

Se trata de una comunidad conformada por miembros zapatistas en su totalidad. Se encuentra en un punto intermedio sobre la carretera Ocosingo – Tazas.

Por ser una comunidad instalada en un punto llamado por los zapatistas como “tierra recuperada”, no se encuentra registrado ni censado por el INEGI. Hasta el año 2019 en una revisión personal la comunidad cuenta aproximadamente con 450 habitantes, siendo mayoría niñas niños y jóvenes y en su minoría personas en la edad adulta mayor.

Al igual que la comunidad de Las Tazas, la ciudad más cercana es Ocosingo y desde ahí parten distintos medios de transporte. Pero a diferencia de Las Tazas, Zapata por ser atravesada por la carretera que comunica con distintas comunidades más adelante como el caso de Las Tazas además de otras comunidades, es mayor el tránsito de camionetas y coches. Por lo que el acceso es más fácil a ésta comunidad. Cabe destacar que en Emiliano Zapata nadie cuenta con una camioneta, por lo que cuando se trata de algún traslado al hospital más cercano resulta más complicado hallar un medio.

2.4.10 Indicadores sociales

2.4.10.1 Educación

En el caso de Emiliano Zapata, se manejan en su acuerdo de nombrar a una persona o varias para cumplir el deber de enseñar. Un promotor, o maestro el cual tiene en sus manos la responsabilidad de enseñar sin imponer, que ponga en acción la mente de los niños a no recibir la información como la verdad. Se trata de 4 personas, dos mujeres de 17 años y dos hombres de 26 años y 33 años. Existen dos aulas, en donde se dividen por edad a los niños y por nivel. Se trabaja de lunes a viernes con un aproximado de 60 alumnos en donde los maestros deben enseñar lo básico como son las matemáticas y el español, pero siempre poniendo en primer lugar la historia zapatista, la lengua Tzeltal. Parte de la enseñanza es la preparación para los trabajos del campo para los que egresarán, es decir, se les enseña a no ser sumisos, sino a cobrar su trabajo dignamente. Aplicando las matemáticas para asegurar una ganancia final en caso de alguna venta, sobre todo de algunos animales.

2.4.10.2 Vivienda

Es una comunidad pequeña en donde el 100% cuenta con electricidad así como agua entubada, aproximadamente un 90% cuenta con letrina. Las casas son en su totalidad de madera como pared y lámina como techo, piso de tierra. El porcentaje es mínimo para los que cuentan con un aparato electrodoméstico como un refrigerador, televisión o radio. Solo en cuatro viviendas cuentan con televisión y de estos 2 con servicio de paga.

En esta comunidad la única forma de comunicación a distancia es por radio, el cual está conectado a distintas bases de comunidades, ya que no cuenta con servicio de telefonía celular ni internet, aunque de igual manera que en Las Tazas, un gran porcentaje de jóvenes cuentan con un teléfono móvil utilizándolos principalmente para música.

2.4.10.3 Salud

Foto de la clínica autónoma zapatista de Emiliano Zapata, “La Compañera Lucha” 2018.



FUENTE: Servicio social EPSS: Juan Diego Terán Guzmán

Al ser una comunidad zapatista, el sistema de salud se maneja diferente. Ya que en cada comunidad existe un promotor de salud y, éste puede estar suficientemente capacitado para atender enfermedades comunes. Y en casos más graves el centro de referencia es la clínica autónoma ubicada en esta comunidad. Donde se encuentran un médico general y uno bucal.

La clínica se encuentra instalado en un espacio abierto, cuenta con un cuarto para la farmacia bien surtida de medicamentos, un cuarto para análisis de laboratorio (no está en uso actualmente) un consultorio dental y uno médico, un espacio de ginecología en donde es posible atender partos y rastreo por ultrasonido en caso de control prenatal o problema en zona abdominal. También cuenta con dos cuartos de hospitalización, una bodega para alimentos, un área para la red fría, un cuarto para los pasantes del servicio social, dos baños, una

cocina y un área para lavado. Por ser un sistema de constante capacitación para una cantidad grande de promotores también se cuenta con un área de capacitación pequeña y masiva además de cuarto de hospedaje para hombres y mujeres.

En la consulta bucal, el consultorio es la mejor en cuanto a espacio, instrumental, material y comodidad tanto para el paciente como para el médico en turno. Se cuenta con lo básico además de un aparato de Rayos X, lo cual podría ser una herramienta para realizar tratamientos más avanzados como una cirugía de tercer molar o un tratamiento de conductos para mantener el órgano dental en boca. Lamentablemente, la demanda sigue siendo la extracción por experiencias con el dolor ante fallas de tratamientos mantenedores.

En cuanto a la prevención se realizan campañas apoyadas por la SADEC, en donde se proyectan temas de prevención y actividades como la aplicación tópica de Flúor en la población infantil entre 6 y 15 años y la enseñanza de la técnica de cepillado, además de que se le otorga un cepillo dental a cada niña y niño.

2.4.10.4 Religión

El 100% de la población es de religión católica. Existen personajes conocidos como catequistas quienes son los encargados de dar “la palabra del señor” todos los domingos en un horario de 9 a.m. a 11 a.m. Todas las mujeres van cubiertas con un velo y en vestido, es algo llamativo. Al igual que en otras comunidades, realizan fiestas el 12 y 24 de diciembre con motivo del día de la Virgen de Guadalupe y el nacimiento del Niño Dios.

Todas las niñas deben contar con bautizo, primera comunión y la confirmación para así llegar finalmente a la unión de lazos mediante la boda.

2.4.11 Indicadores económicos

En esta comunidad se dedican a la agricultura y ganadería principalmente. La siembra para autoconsumo es del maíz y el frijol. En cuanto a la ganadería en su lema “todo para todos...” se maneja en colectivo (en conjunto) ocupando este recurso de venta para la compra de materiales para la comunidad y en dado caso, para la repartición monetaria a cada persona “cooperante” de la comunidad.

La generación de recursos económicos también se basa en otros colectivos como son la realización de pan, la siembra de productos como la calabaza, chile y camote. También existen tiendas que son de ingreso comunitario, uno para hombres y otro para mujeres, en donde la economía va en círculos.

Algunas personas, principalmente hombres salen con un máximo de 15 días a generar dinero en la ciudad más cercana que es Ocosingo. Sin embargo platicando con personas que han salido, comentan que el pago por los trabajos realizados es muy bajo, siendo de 100 pesos por 10 horas. Actualmente el salario mínimo a nacional a excepción de la zona fronteriza norte, es de 123.22 pesos por un horario de 8 horas. Por lo que concluyo que la remuneración hacia estas personas realmente está lleno de discriminación, ya que lo que ellos comentan es que a falta de papeles o el no entender en un 100% el español aceptan el pago otorgado.

2.4.12 Indicadores culturales

En su totalidad está compuesta por Tzeltales, y de estos aproximadamente el 70% entiende el español, pero solo el 50% lo habla.

Las fechas tradicionales para las fiestas son el 01 de enero, por el aniversario del levantamiento zapatista, el 08 de septiembre, aniversario de fundación de la comunidad, 17 de noviembre por la creación del EZLN. Estas fechas son propias del EZLN libre de religión, sin embargo, en algunos casos se acude a la iglesia para dar gracias. En estas fiestas se realizan actos que representan el zapatismo, como bailables, poemas, poesías, todo con la finalidad de recordarse entre ellos que el movimiento vive, que la lucha continua, y finalizan con un baile de 5 horas en las noches

De igual forma en lo religioso, las fechas importantes son el 02 de febrero por el día de la candelaria, el 12 y 24 de diciembre. La comunidad de Zapata no tiene un comité de antorchistas, sin embargo, ellos esperan los días 10 y 11 en las afueras de la iglesia con tamales y atoles a los antorchistas de otras comunidades incluyendo a los de Las Tazas a cambio de que estos bendigan a su Virgen, a su iglesia y a su comunidad.

2.5 Conclusiones

En la primera parte de esta sección, sobre Derecho a la Salud se menciona según la constitución mexicana, que todos los ciudadanos tienen derecho al acceso a la salud, sin embargo, México resulta ser un país clasista, en donde la clase media, media alta o alta son los que gozan del acceso a la salud con mayor facilidad, lo cual rompe con el primer artículo donde menciona a la no discriminación. Triste, pero la realidad es que la clase baja en donde entran los pueblos indígenas sufren día a día de discriminación, y en el sector salud hablando estrictamente del estado de Chiapas es increíble la falta de respeto que viven las personas que acuden para una atención médica, violando el artículo 2 debido a que no hay una cobertura correcta como se dictó en el artículo. Para acudir a una urgencia médica en donde el familiar del mismo paciente es quien tiene que comprar lo necesario para la atención médica sufriendo antes de ofensas verbales es lo que la mayoría del país no quiere ver o hace como si nada. Realmente los pueblos indígenas del estado de Chiapas por razones como el pertenecer a una organización, donde como un acto de rebeldía desconocen instituciones públicas y deciden no contar con un registro de nacimiento ante el Estado y así negar la existencia de ese Estado que no les incluye desde sus derechos. El hablar una lengua nativa y en algunos casos no entender el español, por la vestimenta, por costumbres de poner en primer lugar la herbolaria o la partería en atención a la salud, sufren de discriminación y negación incluso de servicios básicos.

La ley es clara, todo ciudadano tiene derecho a la salud, al goce más alto de salud, a no ser discriminados, a la educación, a una vivienda digna. Alguien que no conoce México y ve los artículos pensaría que es increíblemente bueno, pero la realidad es otra. Existe una diferencia en el mismo País, en el mismo estado o en el mismo municipio.

El municipio de Ocosingo como Chiapas en general vive un estado de rezago educativo, carencias por accesos a servicios de salud, por calidad de espacio en vivienda, carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda y carencia por acceso a la alimentación. Es triste ver el nivel de educación, analfabetismo en Chiapas, comparado con el centro y capital del País, la Ciudad de México. Y no solo a nivel educación. De acuerdo a los indicadores de Carencias sociales del 2015, el 80.4% de personas tienen carencias por el acceso a los servicios básicos de la vivienda. Es un dato grande, aun sin contemplar las zonas zapatistas que haría crecer esta cifra.

Para el sector salud, a pesar de que existe un sistema actual que busca abarcar a toda la población, cosa que ya se había buscado en sexenios anteriores con la creación de un sistema de salud que cubriera las necesidades de los que no eran derechohabientes del IMSS, ISSSTE, SEDENA, etc. No se ha logrado llevar a cabo en su totalidad. La discriminación existe.

No es posible alcanzar el goce más alto en salud si la vivienda no es la digna, si no se les da la facilidad en el acompañamiento de enfermedades crónicas, terminales o incluso en la prevención.

El salario mínimo actual está por arriba de los 120 pesos al día en un horario de 8 horas, a excepción de la zona fronteriza norte. Sin embargo, Chiapas, por ser un Estado marginado con alto grado de rezago, en donde por no hablar al 100% el español, o solo por no contar con papeles que por motivo personal no tienen se les dé un trato indignante, ofreciendo salarios por debajo de lo legal a cambio de trabajos duros.

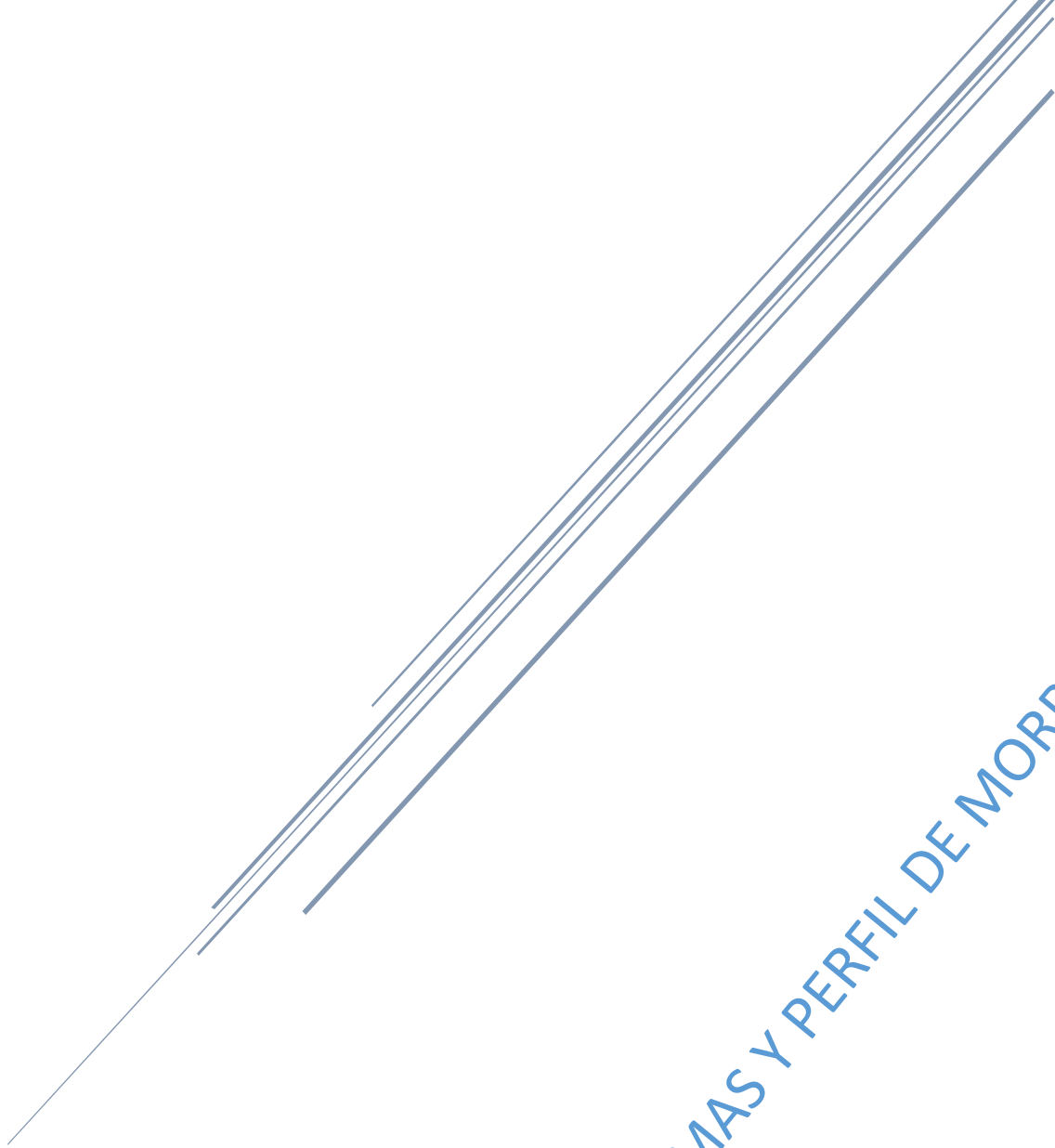
El zapatismo se ha ampliado, ha crecido y confirman luchar para defender lo que es suyo, luchar por la madre naturaleza en el mega proyecto del gobierno actual. Es de reconocer el sistema del EZLN, en cuanto a la educación, salud, porque realmente cubren lo básico en educación y las enfermedades más comunes de la zona, pero también hay que mencionar que tiene carencias, grandes carencias. Al no contar con suficientes recursos, existen limitaciones, por lo cual están lejos de alcanzar un goce de salud al más alto nivel.

La salud bucal no ha sido considerada tan importante como lo es cualquier otra parte del cuerpo humano, desde la creación del concepto de salud por parte de la OMS y el PIDESC. Y la realidad es que la salud bucal es fundamental para la obtención de salud completa.

En las comunidades trabajadas, yéndose al concepto tanto de la OMS como del PIDESC, todas las personas no están gozando de salud, sin embargo, para ellos si no hay dolor tienen salud. Entonces a modo de conclusión sin caer en contradicción, en estas comunidades se encuentran en un estado saludable, es decir se sienten sanos. Al no conocer sus derechos sobre la salud, ellos toman con normalidad el hecho de tener enfermedades bucales y que no pueden exigir, por otro lado, el sistema de salud cae en un estado de incredulidad y apatía. Negarse a dar una atención con argumento de que la clínica, hospital no otorga tratamientos dentales dejando todo a cargo del sector privado, que éste por elevados costos obliga a las personas a perder el interés del cuidado bucal sobre todo en la parte preventiva.

Las comunidades zapatistas por motivos propios de ellos no fueron censadas por el INEGI en el 2010 ni en el intercensal del 2015 por lo que la población total varía a nivel regional, así como el número de personas pertenecientes a los indígenas.

Gracias a una ONG libre de lucro como lo es SADEC se brinda apoyo a las clínicas autónomas en gran medida a los promotores y a la población en general. En el caso del área bucal, es muy poca la información con las que cuentan los promotores, sobre todo en la parte principal que es la preventiva por lo que es de gran apoyo la llegada de médicos estomatólogos a cubrir poblaciones marginadas.



3ª Sección

SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS Y PERFIL DE MORBILIDAD

3ª Sección

SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS Y PERFIL DE MORBILIDAD

Introducción

La salud bucal en México representa un gran reto para los profesionales de dicha área en el momento del reconocimiento ante la sociedad como algo fundamental.

SADEC A.C. ha creado sus propios programas de salud para un mejor desempeño de las clínicas autónomas, éstas contribuyen al desarrollo social además de mantener la salud de los habitantes de las comunidades donde se trabaja.

En el caso de salud general, en las clínicas autónomas se trabaja con 5 programas, los cuales se harán mención sin mayor detalle.

1. Vigilancia del crecimiento y desarrollo
2. Control prenatal
3. Detección oportuna de víctimas de violencia
4. Crónico-degenerativos
5. Detección oportuna de Cáncer Cervicouterino.

Para el área bucal se trabajan 3 programas las cuales serán analizadas a continuación.

Cabe destacar que los 8 programas que maneja SADEC cubren las necesidades básicas de la población y, van de la mano con los objetivos estipulados en el plan sectorial de salud vigente.

Además, en esta sección se analizarán políticas vigentes de salud en el país mexicano haciendo énfasis a la salud bucal

De igual manera, se realizará un análisis de los programas que se llevan a cabo en las clínicas autónomas “Compañera Lucha” en Emiliano Zapata y “Clínica de los pobres” en Las Tazas, para observar si los objetivos planteados fueron llevados a cabo, así como el ofrecimiento de un enriquecimiento hacia el mismo.

Al mismo tiempo se tomarán datos arrojados en un programa sobre la consulta diaria durante el año del servicio social (2018-2019) para realizar un perfil de morbilidad con lo cual se podrá observar la situación bucal de las comunidades atendidas, y a partir de esto proponer opciones para la disminución de prevalencia y/o incidencia de alguna patología bucal.

Políticas de salud

➤ Organización Panamericana de la Salud (OPS)



La OPS es la principal organización de salud pública del continente americano y marca el camino para mejorar la salud y el bienestar de todas las personas y reducir las inequidades en torno a la salud mediante la acción, esto se logra

brindando cooperación técnica en salud, combate a las enfermedades transmisibles y atacando los padecimientos crónicos como sus causas, al mismo tiempo fortalece los sistemas de salud y se responsabiliza ante situaciones de emergencia y desastres. ²⁴ (Etienne C 2014)

La OPS promueve la salud como un derecho y está comprometida a lograr que cada persona tenga acceso a la atención de la salud de calidad que necesita, vela que los sectores aseguren a las personas que vivan más y mejores años de vida, esto sin repercutir en su estado económico. ²⁵ (OPS 2019)

Estas metas las pueden lograr mediante la cooperación de países y trabajar en forma de colaboración con los ministerios de salud y otras organizaciones de la sociedad, agencias internacionales, universidades, organismo de la seguridad social, grupos comunitarios entre otros.

➤ Visión

La Oficina Sanitaria Panamericana será el mayor catalizador para asegurar, que toda la población de las Américas goce de una óptima salud y, contribuir al bienestar de sus familias y sus comunidades.²⁵ (OPS 2019)

➤ Misión

Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de las Américas.²⁵

➤ Metas a nivel del impacto: promover la salud y el bienestar

El mejorar la salud y bienestar con equidad reduce la mortalidad, el garantizar una maternidad segura donde los menores de 1 año inicien su vida de una manera saludable donde la violencia, traumatismos abordan principales riesgos para adolescentes y adultos jóvenes causando una mortalidad prematura. ²⁵

➤ Plan Nacional de Desarrollo (PND)



El Plan Nacional de Desarrollo es, un documento de trabajo que rige la programación y presupuestación de la Administración Pública Federal. Entre sus objetivos que se destaca es el asegurar el acceso a los servicios de salud, avanzando en la construcción de un

Sistema Nacional de Salud Universal, hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para mejorar la atención de la salud a la población más vulnerable y garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.²⁶ (SEGOB 2018)

➤ Sistema Nacional de Planeación Democrática

El Sistema Nacional de Planeación Democrática sirve para guiar las acciones de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y coordinar sus esfuerzos para lograr la consecución de las Metas Nacionales establecidas en este Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 desde una perspectiva nacional, regional y de cooperación interinstitucional. Por ese motivo y en cumplimiento de lo señalado en el artículo 22 de la Ley de Planeación, la presente Administración elaborará varios programas entre ellos el programa sectorial de salud.²⁷ (PND 2018)

➤ Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018

Dentro del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA), el Programa de Salud Bucal integra las acciones de promoción de la salud bucal, la prevención y control de enfermedades bucales, junto con el Plan Nacional de Desarrollo (2013-2018) establece como prioridad que las instituciones del Sistema Nacional de Salud alcanzar la meta nacional de un México incluyente.²⁸ (PSS 2018)

➤ Organización del Programa de acción específico (PAE)

Es el Programa que se realiza cada sexenio para definir la implementación de las políticas en salud. ²⁹ (PAE 2018)

Este programa se vincula con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND), específicamente con la meta de asegurar el acceso a los servicios de salud, con

énfasis en la población más vulnerable, avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.

Sin embargo, para reducir el impacto en la calidad de vida de la población edéntula se recomienda con frecuencia el tratamiento protésico (removible o fija) para la pérdida de dientes, pero este tratamiento no está disponible en la mayoría de las instituciones que conforman el sector salud.

➤ **Objetivos en salud bucal**

1. Integrar los modelos de promoción, prevención y atención estomatológica, de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
2. Fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales, para mantener la salud integral en la población.
3. Otorgar servicios curativo-asistenciales con ética, calidad, equidad, oportunidad y costo-beneficio, con capacidad resolutive y especial atención a grupos vulnerables.
4. Fortalecer la investigación, capacitación técnica del personal de salud bucal.
5. Supervisar, evaluar y asesorar los componentes del programa de salud bucal para mejorar su desempeño y productividad.
6. Establecer los criterios técnicos para la programación de los recursos presupuestarios asignados a la salud bucal.

➤ Secretaría de Salud (SSA)



La Secretaría de Salud ha implementado distintos programas de acción en materia de Salud Bucodental.

➤ Objetivo General:

Fomentar, proteger y restablecer la salud bucal de la población mexicana, como parte de la salud integral del individuo, siendo condición necesaria para su participación en el proceso de transformación social en el territorio nacional y disminuir la carga de enfermedades para el año 2018. ³⁰ (SSA 2018)

➤ Objetivos Específicos

1. Integrar los modelos de promoción, prevención y atención estomatológica, de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
2. Fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales, para mantener la salud integral en la población.
3. Otorgar servicios curativo-asistenciales con ética, calidad, equidad, oportunidad y costo-beneficio, con capacidad resolutive y especial atención a grupos vulnerables.
4. Actualizar e implementar el marco normativo, así como fortalecer la investigación, capacitación técnica y gerencial del personal de salud bucal.
5. Supervisar, evaluar y asesorar los componentes del programa de salud bucal para mejorar su desempeño y productividad.
6. Establecer los criterios técnicos para la programación de los recursos presupuestarios asignados a la salud bucal

❖ Misión

Conservar la salud y disminuir la morbilidad bucal en la población mexicana, estableciendo acciones específicas de promoción, prevención, limitación del daño y rehabilitación, aplicando estándares de calidad, equidad y trato digno, mediante modelos basados en evidencia y optimización de recursos, enfatizando a la salud bucal como parte de la salud integral del individuo y la comunidad.

❖ Visión

Ser un Programa líder, influyente e integrador en el Sistema Nacional de Salud, que garantice la salud bucal en México, basado en una cultura de prevención con énfasis en los grupos vulnerables, contribuyendo a una mejor calidad de vida. Con los distintos programas aplicados por la Secretaría de Salud, se espera que la población se concientice en cuanto a su salud bucodental y tenga mayor conocimiento de ella para poder tener una salud integral. ³¹ (SEP 2018)

Seguimiento de programa

Consulta externa

Objetivos

El objetivo de dicho programa es ofrecer una consulta estomatológica de primer nivel a la comunidad en donde se ubican las clínicas autónomas y a sus comunidades vecinas sin distinción de género, religión ni de ningún tipo.

Metas

Otorgar por mes 30 o más consultas en cada comunidad (Emiliano Zapata y Las Tazas).

Realizar por mes 90 o más tratamientos en cada comunidad (Emiliano Zapata y Las Tazas).

Ofrecer la información necesaria dedicada a la prevención a cada paciente que acuda a consulta además de enseñarles la técnica de cepillado adecuado.

Estrategias

Se realizan avisos en las comunidades de diferente manera (radio, carteles, anuncios...) para que las personas asistan a las clínicas y así recibir no solo tratamiento que implique el alivio del dolor sino a la prevención.

Actividades.

Se recaban datos de la persona en consulta mediante la historia clínica como son, nombre, edad, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos y no patológicos, el motivo de consulta para mediante esto realizar tanto un diagnóstico presuntivo o real y ofrecer un tratamiento, además de realizar un pequeño odontograma y la realización de algunas preguntas con la finalidad de conocer el nivel de higiene de la persona.

Dentro de las actividades realizadas ya directamente sobre el paciente son.

Preventivos

- * Enseñanza de la técnica de cepillado
- * Profilaxis
- * Aplicación tópica de Flúor en gel
- * Eliminación de sarro.
- * Tratamiento fase I en enfermedades gingivales y periodontales.

Restaurativos

- * Obturaciones con resina, ionómero de vidrio y/o amalgama.
- * Tratamiento de conductos
- * Provisionales protésicos
- * Tratamiento de alveolitis.

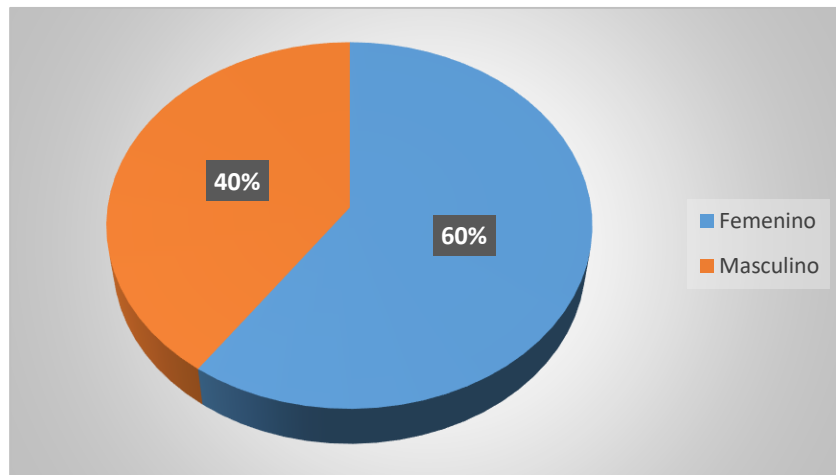
Quirúrgicos

- * Exodoncias
- * Cirugías menores de terceros molares previamente analizados.

Resultados

En el periodo de Agosto del 2018 a Julio 2019 en total se atendieron a 256 pacientes de las cuales 153 fueron femeninos y 103 masculino, lo que en porcentaje significa en un 60% femenino y 40% masculino.

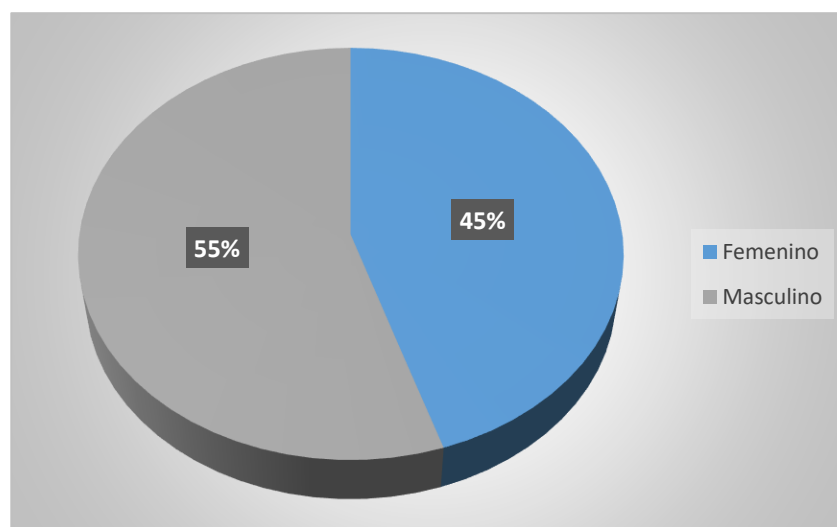
Gráfica 1. Total de pacientes atendidos distribuidos por género en Emiliano Zapata y Las Tazas. Periodo Agosto 2018-Julio 2019



Fuente: Hoja diaria de consulta UAM-SADEC, 2018-2019, EPSS: Juan Diego Terán Guzmán.

En la clínica Compañera Lucha, Emiliano Zapata, se atendieron durante un año la cantidad de 129 pacientes de los cuales 58 de ellas fueron mujeres y 71 fueron hombres.

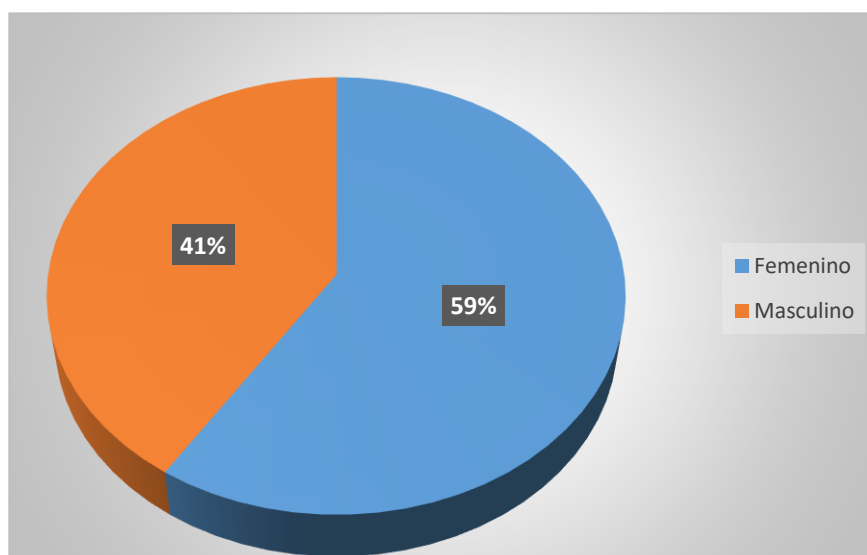
Gráfica 2. Total de pacientes distribuidos por género en la clínica “La compañera Lucha”, Emiliano Zapata. Periodo Agosto 2018-Julio 2019.



Fuente: Hoja diaria de consulta UAM-SADEC, 2018-2019, EPSS: Juan Diego Terán Guzmán.

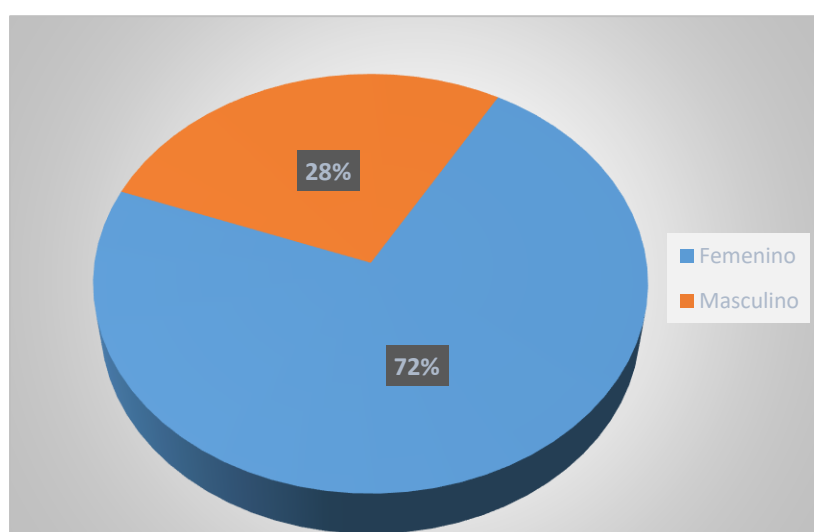
En la Clínica de los pobres, las Tazas durante un año se atendieron a 127 pacientes de los cuales 92 de ellas fueron mujeres y 35 fueron hombres.

Gráfica 3. Total de pacientes distribuidos por género en la clínica “De los Pobres”, Las Tazas. Periodo Agosto 2018-Julio 2019



Fuente: Hoja diaria de consulta UAM-SADEC, 2018-2019, EPSS: Juan Diego Terán Guzmán.

Gráfica 4. Total de tratamientos realizados distribuidos por género, en las clínicas “Compañera Lucha”, Emiliano Zapata y “De los Pobres”, Las Tazas. Periodo Agosto 2018 – Julio 2019



Fuente: Hoja diaria de consulta UAM-SADEC, 2018-2019, EPSS: Juan Diego Terán Guzmán.

En cuanto a tratamientos realizados durante el periodo Agosto 2018 a Julio 2019 en total de ambas comunidades se realizaron 468 tratamientos de los cuales 277 fueron a mujeres mientras que a los hombres fueron 191 tratamientos.

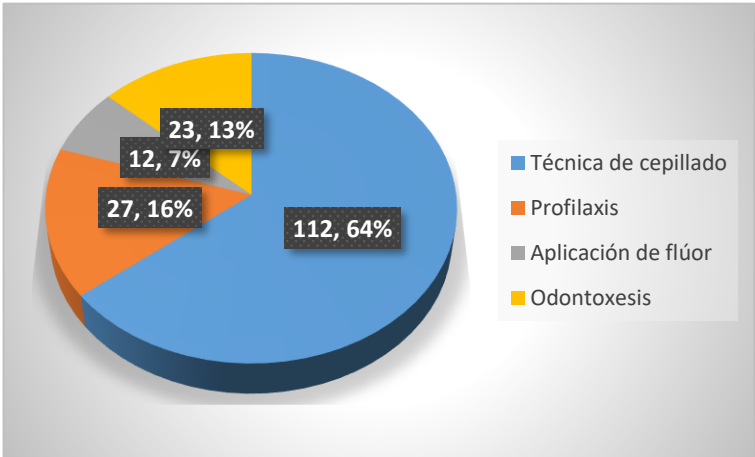
De los tratamientos realizados en la parte preventiva fueron 174 tratamientos.

Tabla 1. Total de tratamientos preventivos realizados en las clínicas “Compañera Lucha”, Emiliano Zapata y “De los Pobres”, Las Tazas. Periodo Agosto 2018 – Julio 2019 .

Técnica de cepillado	112
Profilaxis	27
Aplicación de flúor	12
Odontoxesis	23

Fuente: Hoja diaria de consulta UAM-SADEC, 2018-2019, EPSS: Juan Diego Terán Guzmán.

Gráfica 5. Total de tratamientos preventivos realizados distribuidos en porcentaje, en las clínicas “Compañera Lucha”, Emiliano Zapata y “De los Pobres”, Las Tazas. Periodo Agosto 2018 – Julio 2019 .



Fuente: Hoja diaria de consulta UAM-SADEC, 2018-2019, EPSS: Juan Diego Terán Guzmán.

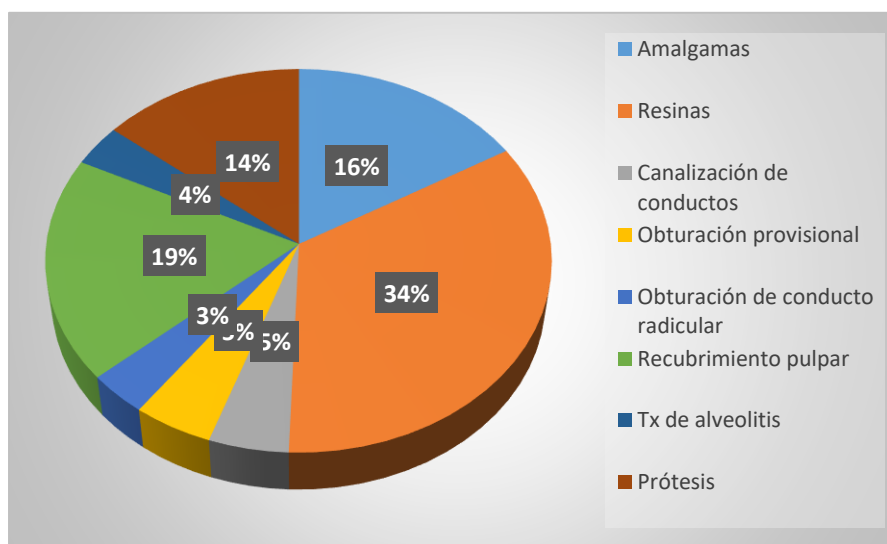
En la parte restaurativa se realizaron 85 tratamientos

Tabla 2. Total de tratamientos restaurativos realizados, en las clínicas “Compañera Lucha”, Emiliano Zapata y “De los Pobres”, Las Tazas. Periodo Agosto 2018 – Julio 2019

Amalgamas	14
Resinas	29
Canalización de conductos	4
Obturación provisional	4
Obturación de conducto radicular	3
Recubrimiento pulpar	16
Tx de alveolitis	3
Prótesis	12

Fuente: Hoja diaria de consulta UAM-SADEC, 2018-2019, EPSS: Juan Diego Terán Guzmán.

Gráfica 6. Total de tratamientos restaurativos distribuidos en porcentaje, realizados en las clínicas “Compañera Lucha” Emiliano Zapata y “De los Pobres” Las Tazas. Periodo Agosto 2018-Julio 2019



Fuente: Hoja diaria de consulta UAM-SADEC, 2018-2019, EPSS: Juan Diego Terán Guzmán.

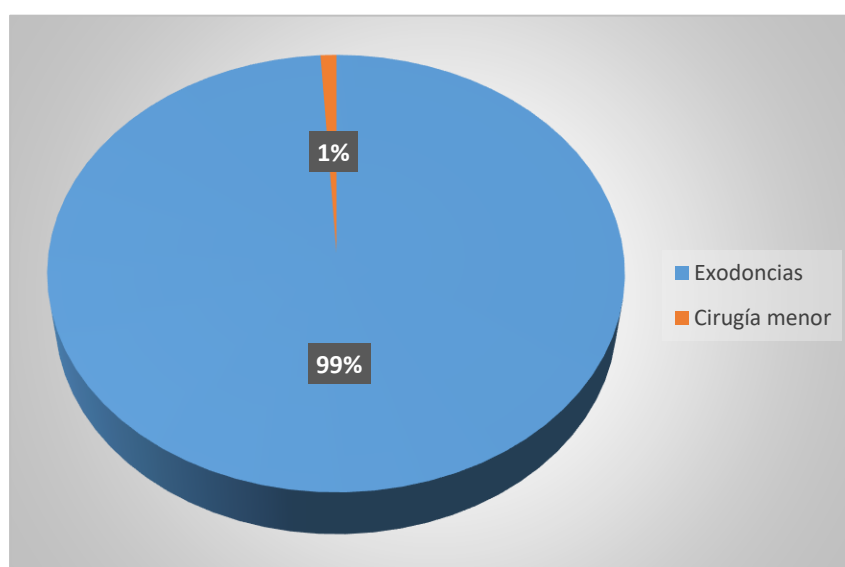
En la parte quirúrgica y de cirugía menor se realizaron 103 tratamientos

Tabla 3. Total de tratamientos quirúrgicos. Periodo Agosto 2018 – Julio 2019

Exodoncias	102
Cirugía menor	1

Fuente: Hoja diaria de consulta UAM-SADEC, 2018-2019, EPSS: Juan Diego Terán Guzmán.

Gráfica 7. Total de tratamiento quirúrgico realizados, en las clínicas “Compañera Lucha”, Emiliano Zapata y “De los Pobres” Las Tazas. Periodo Agosto 2018 - Julio 2019.



Fuente: Hoja diaria de consulta UAM-SADEC, 2018-2019, EPSS: Juan Diego Terán Guzmán.

Análisis del funcionamiento del programa. -

A todos los pacientes, ya sea antes o después de la consulta, dependiendo del motivo de visita, se les explicó la importancia del cuidado bucal, enseñándoles o reforzándoles la técnica más adecuada de cepillado, el uso de hilo dental y, la aplicación de Flúor. Es importante recalcar que de los tratamientos realizados se observa con mayor porcentaje la exodoncia, esto se debe a que en las comunidades de dónde provenía cada persona veía como la mejor solución dicho tratamiento. Los argumentos de ellos fueron, el costo a diferencia de otro tratamiento, experiencias negativas con restauraciones, falta de tiempo ante tratamientos que requieren más de una cita y el ver con normalidad que las personas pierdan los dientes conforme la edad avance, o dar a luz un hijo. De igual forma, los tratamientos realizados siempre eran limitados a la capacidad de cada consultorio, recalcando que en la clínica autónoma de Las Tazas el único

tratamiento viable es la exodoncia. Con respecto a la carencia de materiales e instrumental, a pesar de esta dificultad a los pacientes siempre se le ofrecían los mejores tratos y en buena calidad.

El programa en sí se enfoca en la otorgación de consulta de primer nivel a las diferentes comunidades, objetivo que se cumple en un 100%, incluso algunos tratamientos como cirugías de terceros molares inferiores las cuales representan cuidados mayores por motivos de economía de los pacientes se realizaban con los cuidados necesarios, afortunadamente todas las exodoncias realizadas durante el año de servicio social fueron llevadas a cabo con éxito.

Por motivos de política de salud del EZLN, en el área bucal se cuenta con promotores, específicamente 4 promotores de salud bucal en la clínica autónoma de Emiliano Zapata. Ellos son los encargados de ofrecer la consulta en sus comunidades, algún fármaco para el alivio del dolor y cuentan con la capacidad de realizar tratamientos restaurativos e incluso exodoncias de órganos dentarios uniradiculares.

La falta de servicios de salud bucal en el primer nivel de atención por parte del sistema de salud y el alto costo en los tratamientos dentales en todo el país, son el problema dental que perjudica a la población de clase baja, sumados a la poca conciencia sobre el cuidado bucal. Es por eso que reconozco a la organización zapatista por pensar en su gente y no elevar los precios, ya que, ante la falta de un subsidio, de alguna manera la clínica debe recuperar el costo del material para el abasto de más materiales por lo que si debe existir un precio mínimo, de igual forma se reconoce a SADEC A.C. a la UAM y a quienes la apoyan por buscar dar apoyo en la parte bucal, a pesar de ser un área que requiere grandes inversiones.

Fomento a la salud bucal

Objetivos

Fomentar a las comunidades a crear una cultura bucal mediante dinámicas de enseñanza-aprendizaje. Explicar la importancia del cuidado bucal, de la conservación de los dientes en boca, y explicar a las personas, en especial a los niños que de la prevención depende evitar complicaciones en un futuro. Se otorgan pláticas con carteles e imágenes para una mayor comprensión. Además, se llevan a cabo la enseñanza de técnica correcta de cepillado para cada edad y la aplicación tópica de Flúor en gel a niños entre 6 y 15 años.

Metas

Acudir a 10 o más comunidades sin importar la dificultad en el acceso a promover la salud bucal mediante información comprobada, pero además de una manera entendible para ellos.

Llevar un registro de los datos de todos los niños de cada población de todas las edades, un aproximado de 300 niños, estos datos son: nombre, edad, peso, talla, género. Esto para así durante la siguiente aplicación lo cual debe ser en 6 meses posteriores, en el caso de los niños entre 6 y 15 años.

Ofrecer un cepillo dental a cada niño participante para llevar a cabo diariamente lo que se les explica.

Estrategias

Realizar la invitación a las comunidades para recibirnos en sus comunidades sin problemas y que estén ya organizados.

Preparar temas de forma dinámicos, con carteles, juegos y el uso de herramientas portátiles los cuales apoyen en la mayor comprensión.

Explicarles a las personas la importancia del Flúor, lo cual está indicado en su aplicación en un periodo de 6 meses y en casos extremos cada 3 meses.

Actividades

Se ofrecen pláticas de diferentes temas como: caries, enfermedad gingival y periodontal, la importancia de la saliva, de la higiene bucal, del consumo de carbohidratos y del Flúor. Además, mediante una práctica grupal se enseña la técnica de cepillado haciendo énfasis en que todo es prevenible si se lleva a cabo con frecuencia y correctamente.

Para una comprensión completa sobre la información otorgada, se contaba con el apoyo de promotores para realizar la traducción y de igual forma para las preguntas hacia un servidor.

Resultado y análisis

Durante el año del servicio social, se visitaron distintas comunidades en diferentes meses con la idea de llevar a cabo el programa y que se está planteando actualmente, darle prioridad a la prevención. Las comunidades fueron elegidas de acuerdo a como fueron solicitadas.

Por parte de la clínica Compañera Lucha se realizamos las siguientes campañas de prevención.

Tabla 4. Comunidades visitadas para el trabajo de los programas “fomento a la salud bucal” e “Índice de caries”. Estancia en la clínica “La compañera Lucha”, Emiliano Zapata. Periodo Agosto 2018 – Julio 2019

Mes	Localidad	Actividad	Niños asistentes	Adultos asist
Noviembre	Queshil	Higiene bucal, importancia del flúor, técnica de cepillado	14	13
	17 de Noviembre	Higiene bucal, importancia del flúor, técnica de cepillado	19	10
	08 de Agosto	Higiene bucal, importancia del flúor, técnica de cepillado	10	16
	05 de Mayo	Higiene bucal, importancia del flúor, técnica de cepillado	26	0
	16 de Septiembre	Higiene bucal, importancia del flúor, técnica de cepillado	34	0
Marzo	Nuevo Zapata	Prevención, salud bucal, peso, talla, flúor, técnica de cepillado.	32	0
	San Pedro	Prevención, salud bucal, peso, talla, flúor, técnica de cepillado.	37	2
Abril	Santa María	Pláticas (Técnica de cepillado, gingivitis, caries)	24	6
	Dolores Hidalgo	Pláticas (Técnica de cepillado, gingivitis, caries)	107	35

Fuente: Formato de campaña de promoción de la salud UAM-SADEC, 2018-2019, EPSS: Juan Diego Terán Guzmán.

De igual forma, se llevaron a cabo actividades preventivas como el caso de lavado de manos, pero en el área bucal se colocaron por medio de cucharillas el Flúor en gel. Estas actividades fueron realizadas en las mismas comunidades en las que se dieron pláticas de prevención, ya mencionadas en la tabla anterior.

Tabla 5. Comunidades visitadas para el trabajo de los programas “fomento a la salud bucal” e “Índice de caries”. Estancia en la clínica “De los Pobres”, Las Tazas. Periodo Agosto 2018 – Julio 2019

Mes	Localidad	Actividad	Niños asistentes	Adultos asistentes
Junio	Las Tazas	Higiene bucal. Importancia y colocación de Flúor y técnica de cepillado.	16	21
Noviembre	San José	Higiene bucal. Importancia y colocación de Flúor y técnica de cepillado.	41	14
	Nuevo Guadalupe	Higiene bucal. Importancia y colocación de Flúor y técnica de cepillado.	33	12
	Corazón de Piedra	Higiene bucal. Importancia y colocación de Flúor y técnica de cepillado.	16	13

Fuente: Formato de campaña de promoción de la salud UAM-SADEC, 2018-2019, EPSS: Juan Diego Terán Guzmán.

En la clínica (De los Pobres), igual se cubrieron algunas comunidades vecinas, en donde de igual manera que en la clínica autónoma de Emiliano Zapata se realizaron actividades de prevención como la promoción a la salud bucal y la colocación de Flúor en gel, así como el levantamiento del índice caries CPOD.

Índice de caries

La caries es una enfermedad multifactorial, que actualmente es reconocida por la OMS como la enfermedad oral más común. Continuamente se realizan estudios sobre todo en preescolares levantando índices como índice de higiene bucal (IHOS) el índice de O'Leary y sistema internacional de detección y diagnóstico de caries (ICDAS). Para una evaluación epidemiológica comunitaria se puede utilizar uno o más indicadores. El más utilizado es el índice CPOD que fue establecido en el año 1938 por Klein, Palmer y Knutson.³² (Castro C, Fernandez M, Carrasco R 2009)

EL CPOD es un índice epidemiológico que sirve para conocer la experiencia de caries de una persona y de igual forma se puede obtener el CPOD comunitario que se obtiene en la suma de todos los CPOD individual dividiéndolo entre el total de personas revisadas. Por sus iniciales:

- * C: Cariado = Número de dientes con secuelas de caries (no número de caras del diente)
- * P: Perdidos = Número de dientes perdidos a consecuencia de la Caries.
- * O: Obturado = Número de dientes restaurados con resina, amalgama, corona, incrustación u alguna obturación temporal.
- * D: Es el total de dientes con el que cuenta la persona a revisar en ese momento

El índice establece una escala, para la gravedad de caries:³² (Castro C, Fernandez M, Carrasco R 2009)

- ❖ 0 - 0.1 = muy bajo
- ❖ 1.2 – 2.6 = bajo
- ❖ 2.7 – 4.4 = moderado
- ❖ 4.5 – 6.5 = alto
- ❖ Mayor de 6.6 = muy alto

Los datos a considerar en el levantamiento son:

- Todo órgano dental que cuente con una o más caras con lesión activa y evidentes se tomarán como cariados
- Órganos dentales que se hayan perdido por caries o aquellas que están indicadas para extracción se toman en cuenta como perdidos.
- Órgano dental que ya haya recibido tratamiento y este sano se tomará como obturado.
- Todo órgano dental que cuente con alguna restauración (resina, amalgama, incrustación o corona) pero tenga lesión cariosa no se cuenta como obturado, sino como cariado.
- Solo se toman en cuenta 28 dientes excluyendo los terceros molares (18,28, 38 y 48).

Objetivos

A través del programa se podrá obtener una visión de la patología caries llevando a cabo un levantamiento del índice en distintas poblaciones. Cada 6 meses se deberá llevar a cabo para conocer las características bucales de la población a trabajar.

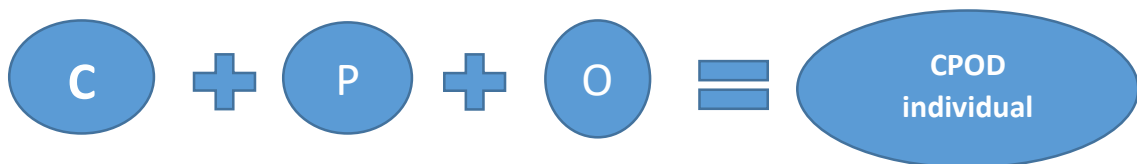
Trabajar en diferentes comunidades zapatistas con niños y adolescentes en un rango de edad de 6 a 15 años, dando énfasis en la edad de 12 años a 15 la cual es considerada la edad para comparar el estado de salud bucal entre países¹¹ (OMS 2020)

Estrategias

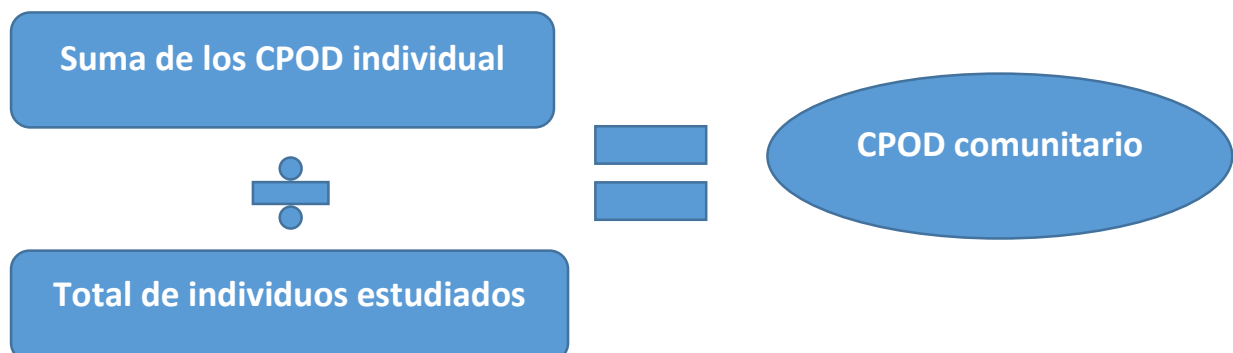
Se visitaran distintas comunidades en gran número para poder realizar una comparación. A mayor cantidad de individuos estudiados mejor el resultado en cuanto a la estadística.

Mediante el odontograma se recabaran datos necesarios para obtener el CPOD individual seguidamente el promedio del CPOD comunitario.

Para la obtención del CPOD individual:



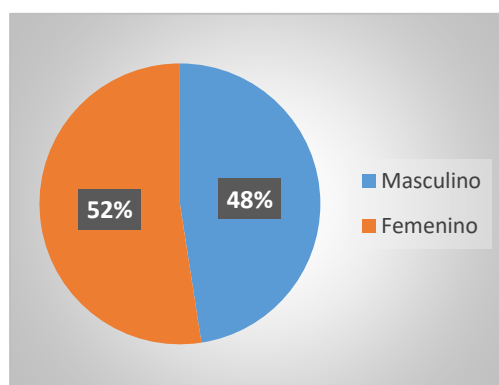
Para la obtención del CPOD comunitario:



Resultados y análisis

Del periodo de Agosto 2018 - Julio 2019 se visitaron diversas comunidades zapatistas como son; Las Tazas, San José, Nuevo Guadalupe, Corazón de Piedra, Nuevo Zapata, San Pedro, Queshil, 17 de Noviembre, 08 de Agosto, 05 de Mayo, 16 de Septiembre, Santa María y Dolores Hidalgo haciendo un total de 347 niños y niñas entre 6 y 15 años de edad. La dinámica de trabajo fue otorgar pláticas de prevención en la salud bucal, mediante carteles, imágenes, tipodonto hecho con cartón a un tamaño considerado para la explicación de la técnica de cepillado. Se continuó con la recopilación de datos personales y a la misma vez la obtención del CPOD individual para concluir el trabajo con la aplicación tópica de Flúor.

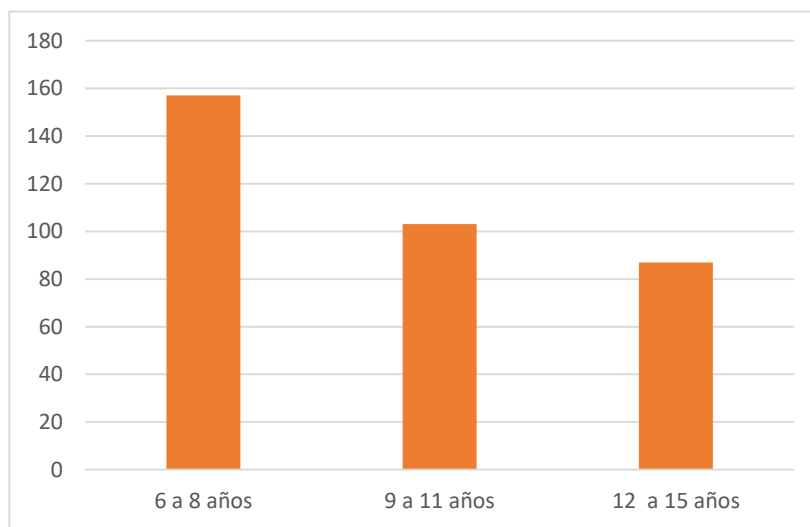
Gráfica 8. Distribución por género en un rango de 6 a 15 años de las comunidades Las Tazas, San José, Nuevo Guadalupe, Corazón de Piedra, Nuevo Zapata, San Pedro, Queshil, 17 de Noviembre, 08 de Agosto, 05 de Mayo, 16 de Septiembre, Santa María y Dolores Hidalgo en el periodo Agosto 2018 – Julio 2019.



Fuente: Formato de campaña de promoción de la salud UAM-SADEC, 2018-2019, EPSS: Juan Diego Terán Guzmán.

Se observa una ligera diferencia del 4% a favor del género femenino. El 52% representa a 182 femeninas mientras que el 48% representa a 165 masculinos haciendo un total de 347 estudiados.

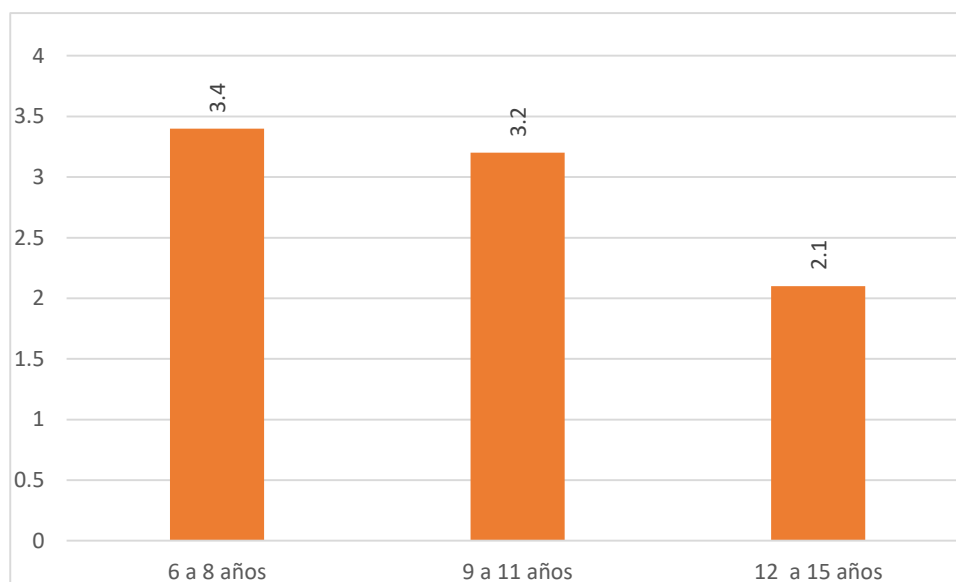
Gráfica 9. Distribución por rangos de edad en niñas y niños de 6 a 15 años de las comunidades Las Tazas, San José, Nuevo Guadalupe, Corazón de Piedra, Nuevo Zapata, San Pedro, Queshil, 17 de Noviembre, 08 de Agosto, 05 de Mayo, 16 de Septiembre, Santa María y Dolores Hidalgo en el periodo Agosto 2018 – Julio 2019.



Fuente: Formato de campaña de promoción de la salud UAM-SADEC, 2018-2019, EPSS: Juan Diego Terán Guzmán

Se observa que el rango de edad con mayor número de niñas y niños es de 6 a 8 años con un total de 167; de 9 a 11 años se obtuvo la cantidad de 103 mientras que el rango de edad de 12 a 15 años representó el minoritario teniendo 87 niñas y niños.

Gráfica 10. Índice CPOD comunitario distribuido por rangos de edad en niñas y niños de 6 a 15 años de las comunidades Las Tazas, San José, Nuevo Guadalupe, Corazón de Piedra, Nuevo Zapata, San Pedro, Queshil, 17 de Noviembre, 08 de Agosto, 05 de Mayo, 16 de Septiembre, Santa María y Dolores Hidalgo en el periodo Agosto 2018 – Julio 2019.



Fuente: Formato de campaña de promoción de la salud UAM-SADEC, 2018-2019, EPSS: Juan Diego Terán Guzmán

Tabla 6. Índice CPOD distribuidos por rangos de edad y general.

	CPOD			TOTAL
	6 - 8 años	9 - 11 años	12-15 años	
C	406	285	176	867
P	46	53	14	113
O	0	0	0	0

Fuente: Formato de campaña de promoción de la salud UAM-SADEC, 2018-2019, EPSS: Juan Diego Terán Guzmán

El resultado del CPOD comunitario fue de 2.8 lo cual en la escala de gravedad de caries pertenece al rango moderado.

Distribuido por rangos de edad podemos notar en la gráfica 9 que el rango de edad con un índice CPOD más alto aun siendo de gravedad moderada es de 6 a 8 años, algo que es preocupante pero a la vez común en las comunidades.

Preocupante porque se trata de niños y niñas que están en el proceso de rizólisis y brotes dentales. La caries al tratarse de una enfermedad contagiosa existe el riesgo de que los dientes permanentes recién erupcionados se contagien, además de que complicaciones como una infección peri-apical, un absceso con o sin fístula pueda generar daños en la lámina dental del brote dentario. Es algo común en las comunidades porque es la edad en donde termina el ciclo de vida de los dientes de leche (dientes deciduos) para darle lugar a dientes nuevos (dientes permanentes)

La dentición permanente comienza a brotar a los 6 años de edad y de igual manera van concluyendo el proceso de rizólisis algunos órganos dentarios según su cronología de erupción. La OMS toma como edad óptima en el levantamiento de índice CPOD los 12 años, el cual es la referencia en comparaciones de gravedad de caries entre países. A nivel mundial según la OMS el CPOD es 2.5, valor que en América latina se rebasa estando a 3.5³³ (Espinoza MS, Leon RA 2015)

Si observamos el rango de 12 a 15 años que es considerado por la OMS como comparativo entre países, se puede concluir que las comunidades en cuanto a la prevalencia de caries se encuentran en una escala de gravedad bajo.

De acuerdo a los resultados se puede deducir que las comunidades autónomas trabajadas mantienen un índice muy cercano al índice CPOD considerado por la OMS como mundial. Esto puede tener relación con algunos factores que se determinan la caries como la calidad del agua, perfil socioeconómico, dieta alta o baja en carbohidratos, en este caso baja en cuanto a alimentos azucarados artificialmente como paletas, galletas, refrescos, etc.

El índice CPOD es un indicador de la prevalencia de caries lo cual nos dejó ver las condiciones dentales de las comunidades zapatistas. Lo cual nos permite conocer y así poder estudiar las posibles opciones para mejorar las condiciones bucodentales como el programa de fomento a la salud bucal. Por todo esto, es importante priorizar la parte preventiva como actualmente se maneja con la otorgación de información, la enseñanza del cepillado correcto, la importancia del cuidado temprano de los dientes, la colocación adecuada de Flúor para ayudar al esmalte dental.

Perfil de morbilidad estomatológico

El concepto de salud indica el completo estado de bienestar y no solo la ausencia de alguna enfermedad. Las enfermedades bucales son muy comunes a nivel nacional incluso la gingivitis y la enfermedad periodontal se encuentra entre las 20 principales causas de enfermedades a nivel nacional, ubicándose en el 5° lugar por encima de la diabetes y la hipertensión arterial.³⁴ (SSA 2019)

Según publicaciones en el estudio sobre la carga mundial de morbilidad 2017, las enfermedades bucodentales afectan a cerca de 3500 millones de personas a nivel mundial siendo el trastorno más frecuente.¹¹ (OMS 2020)

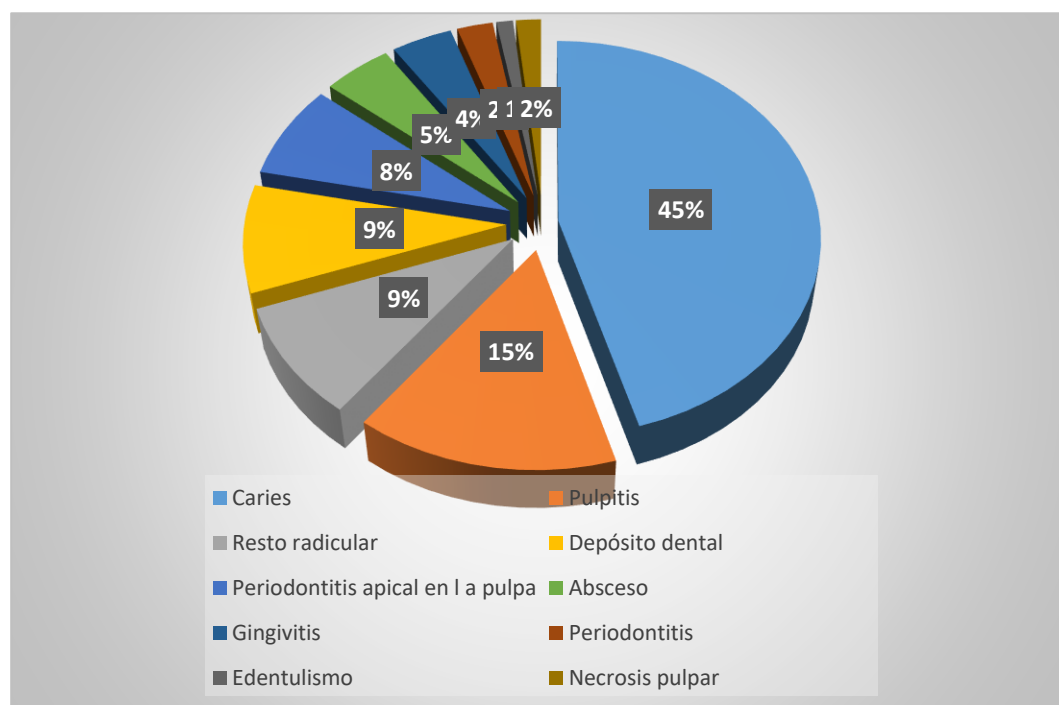
De acuerdo a la hoja de consulta diaria se trabajó para generar un perfil de morbilidad, donde podemos observar las enfermedades más comunes presentadas en las clínicas Compañera Lucha en Emiliano Zapata y Clínica de los Pobres, en Las Tazas, los cuales inician con la caries que afectan principalmente los tejidos duros del diente como el esmalte y la dentina para después afectar al tejido neurovascular generando otras patologías como pulpitis ya sea reversible o irreversible, periodontitis apical agudo o crónico, absceso peri apical con o sin fístula lo que lleva a la pérdida de diente generando edentulismo o manteniendo una raíz retenida con posibles consecuencias a futuro.

Tabla 7. Principales patologías bucodentales presentadas durante el periodo Agosto 2018 – Julio 2019

Patologías	Número de casos
Caries de esmalte (C)	243
Pulpitis (P)	79
Resto radicular (RR)	49
Depósito dental (D)	47
Periodontitis apical en la pulpa (PA)	41
Absceso (A)	25
Gingivitis (G)	22
Periodontitis (Pd)	13
Necrosis pulpar (NP)	9
Edentulismo (E)	6

Fuente: Hoja diaria de consulta UAM-SADEC, 2018-2019, EPSS: Juan Diego Terán Guzmán.

Gráfica 11. Principales patologías bucodentales distribuidas en porcentaje presentadas durante el periodo Agosto 2018 – Julio 2019

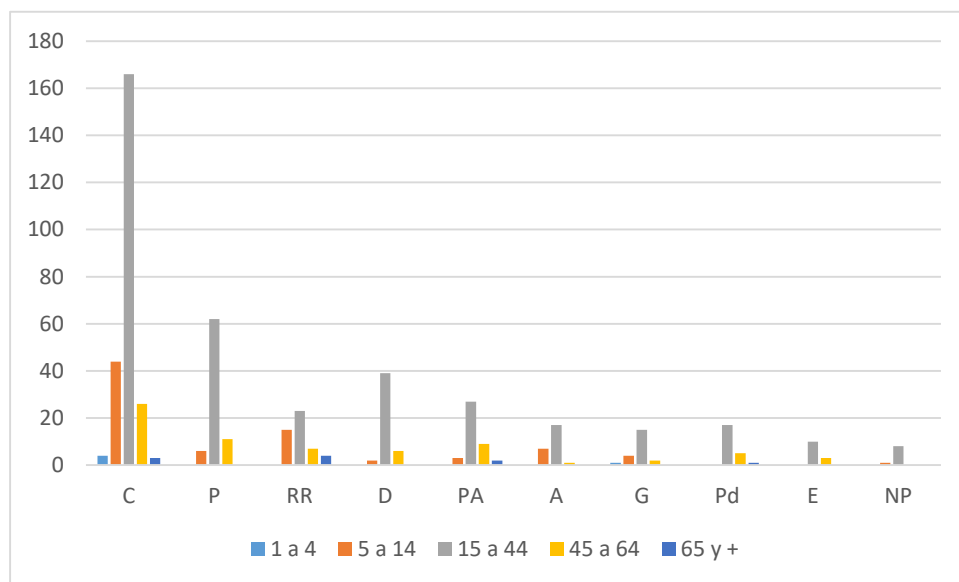


Fuente: Hoja diaria de consulta UAM-SADEC, 2018-2019, EPSS: Juan Diego Terán Guzmán.

Durante un año de servicio social la patología con mayor porcentaje es la caries, lo cual abarca caries de esmalte, dentina según lo especificado en el CIE-10 con un 45% del total seguido de la pulpitis con un 15%. Los casos como restos radiculares y la presencia del algún depósito representan el 9% cada uno. Los tres casos con menos casos fueron la periodontitis con el 2%, la necrosis pulpar con el 2% y el edentulismo con el 1%.

Durante la colección de información para el perfil de morbilidad se manejaron rangos de edad: 1 a 4 años, 5 a 14 años, 15 a 44 años, 45 a 64 años y 65 y más. De éstos, los tres rangos con mayor número de pacientes fueron 5 a 14, 15 a 44 (siendo éste el más alto) y 45 a 64 años.

Gráfica 12. Patologías más comunes distribuidas por rangos de edad durante el periodo Agosto 2018- Julio 2019)

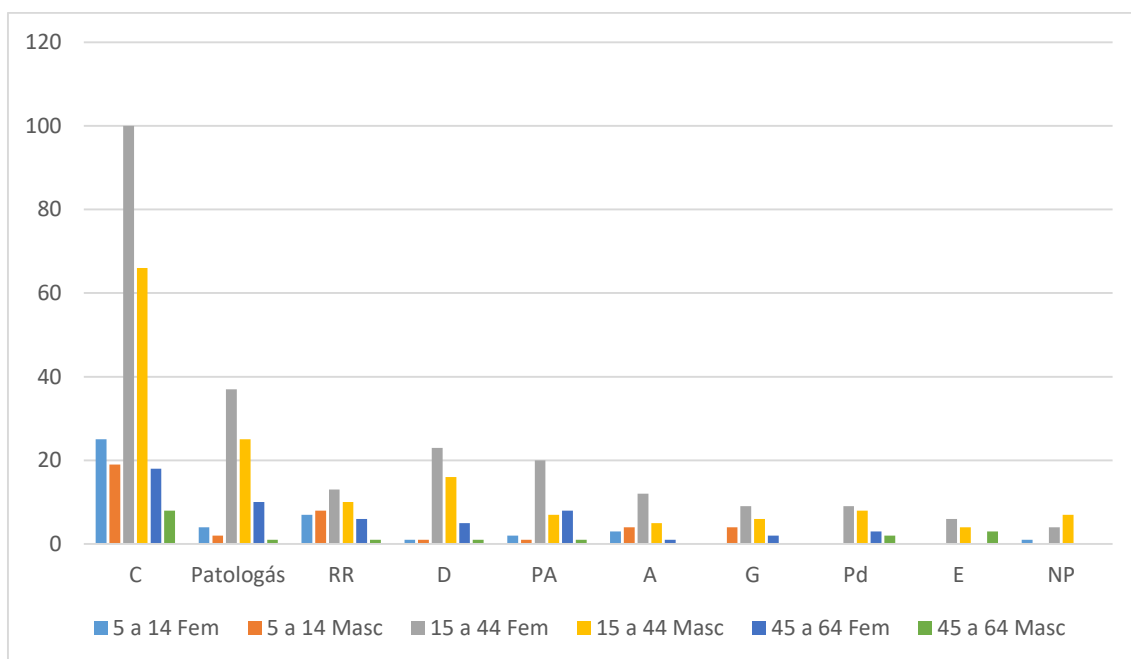


Fuente: Hoja diaria de consulta UAM-SADEC, 2018-2019, EPSS: Juan Diego Terán Guzmán.

Como a nivel nacional la caries es una de las enfermedades más comunes y afecta en todas las edades, aunque durante el año de servicio social se observa con mayor frecuencia en la edad de 15 a 44 años, esto se debe a que el mayor número de pacientes se encontraron en ese rango de edad.

De igual manera se observó un mayor número de pacientes del género femenino que acudieron a consulta, lo que en porcentaje representó el 60%.

Gráfica 13. Patologías más comunes distribuidos por rangos de edad por género durante el periodo Agosto 2018 – Julio 2019



Fuente: Hoja diaria de consulta UAM-SADEC, 2018-2019, EPSS: Juan Diego Terán Guzmán.

Se observa que el rango de edad de 15 a 44 años es el más alto tanto en el género masculino como femenino, pero comparando entre ambos géneros se observa que en el género femenino hay mayor prevalencia, aunque de igual forma tiene que ver con el hecho de que fueron atendidos más mujeres que hombres.

Conclusiones

Tanto en el Plan de Desarrollo Nacional que se manejaba en el gobierno durante el año del servicio social así como lo estipulado en la parte de salud bucal por parte de SSA se hace referencia a la priorización de la parte preventiva además de trabajar la parte curativa. Gracias a las acciones y programas en las clínicas autónomas zapatistas de Emiliano Zapata y Las Tazas, donde colaboran la UAM y SADEC A.C, es posible la integración de personal de salud bucal en el trabajo comunitario, comenzando con la prevención, desde ¿qué es? hasta como llevarla a cabo, además de la capacitación a promotores zapatistas para ser estos los encargados de replicar la información.

La consulta bucal fue de menos a más durante un año de servicio social observando que las mujeres les dan más prioridad a sus dientes, destacando que deciden por lo restaurativo que lo preventivo.

Los programas manejados durante el servicio social tienen una finalidad que en este periodo se llevaron a cabo de la mejor manera posible, los tratamientos realizados de igual forma se hicieron con humanidad y, compromiso.

Reconozco el esfuerzo de SADEC. A.C. por la integración de odontólogos a su proyecto, de igual forma en la compra de algunos materiales, pero también es importante mencionar que algunas condiciones de trabajo no son las óptimas.

Fue un año de servicio social muy bonito y estresante a la vez, momentos de felicidad, de desesperación por no encontrar un método para que las personas acudieran a consultas. Un año de aprendizaje humana y profesionalmente.

La dinámica de tener promotores y que estos sean quienes repliquen la información me parece algo bueno, además de que facilitan la adaptación del personal que recién llega ya que entienden y hablan español. La presencia del personal de salud en las clínicas autónomas genera un impacto en las comunidades, en conjunto se lleva la protección a la población niño-adolescente otorgando antiparasitarios, así como la aplicación tópica de Flúor.

Agradezco a las comunidades zapatistas por compartir conmigo su tierra, costumbres, conocimientos, alimento y alegrías. Así mismo al Dr. Joel Heredia por permitirme integrarme al proyecto que sin duda volvería a elegir, a todos los que integran SADEC A.C.

Un año donde gracias a los temas trabajados obtuve conocimientos generales de salud convirtiéndolo en un servicio multidisciplinario.

Un agradecimiento especial a quien compartió sus conocimientos conmigo en salud. Al Dr. Juan Emrich Q.E.P.D

Evaluación (FODA)

Realizar el servicio social en una comunidad rural siempre fue mi intención desde que tuve pensamientos de realizar el servicio social. Las prácticas en las clínicas estomatológicas de la UAM Xochimilco fueron aumentando en complejidad trimestre tras trimestre, pero con supervisiones de especialistas.

Al comenzar el servicio social, en donde debes poner en práctica y a prueba tu conocimiento genera ansiedad, por lo ¿qué? pueda suceder estando solo hablando profesionalmente, ante esto existen debilidades, amenazas y por otro lado las fortalezas creando oportunidades.

Fortalezas

- * El interés de apoyar a la población rural por ser proveniente de una comunidad rural de Oaxaca.
- * La confianza de poder aplicar correctamente lo aprendido durante la carrera.
- * El trato de las personas con las que conviví.
- * Contar con promotores que apoyan en la traducción del tseltal al español

Oportunidades

- * Realizar el servicio social en una comunidad en donde no se cuenta con todo lo ideal me dio la oportunidad de ser abierto en cuanto a las posibilidades de tratamiento usando lo que hay.
- * Para poder realizar tratamientos excelentes usando solo lo que había en existencia me hizo investigar, leer, aprender de la homeopatía, dándole un uso en un futuro.
- * Crecer profesionalmente, ganando confianza al no tener complicaciones
- * Tener la idea de cómo trabajar en zona rural en un futuro.
- * Conocer y vivir el zapatismo.

Debilidades

- * Padecer el trastorno de ansiedad lo cual con la soledad en la clínica al principio lo empeoraba.
- * No entender el tseltal y/o tsotsil.
- * Exceso de confianza en no dar un Dx presuntivo.

Amenazas

- * Condiciones de trabajo en la “Clínica de los Pobres” ya que es literalmente un sillón para extracciones dentales y ya.
- * La alimentación ya que el agua tanto bebida como en caldos me generó males en el estómago todo el tiempo.

Bibliografía

- 1.- Viniegra VL, Las condiciones para una comunicación humana en la relación médico-paciente: (Ejemplar dedicado a: La comunicación humana y la relación médico-paciente) Rev. CONAMED, 2002. Vol. 7 N°3. Págs 41-43
- 2.- López HJR; Teodoro MJM. La cosmovisión indígena Tzotzil y Tzeltal a través de la relación salud-enfermedad en el contexto de la medicina tradicional indígena Ra Ximhai, vol. 2, núm. 1, 2006, pp. 15-26 Universidad Autónoma Indígena de México El Fuerte, México
Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/461/46120102.pdf>
- 3.- Salud y Desarrollo Comunitario A.C. Sitio oficial:
<http://www.sadec.org.mx/>
- 4.- Vázquez PP. Reseña de "Los pueblos indígenas de México: 100 preguntas" de Carlos Zolla y Emiliano Zolla Márquez Ra Ximhai, vol. 2, núm. 3, 2006, pp. 865-872 Universidad Autónoma Indígena de México El Fuerte, México
Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/461/46120315.pdf>
- 5.- Mensaje del Subcomandante insurgente Marcos; diez años de vida pública del EZLN (fragmento del libro de Gloria Muñoz, 20 y 10, el fuego y la palabra), 2003.
Disponible en:
https://palabra.ezln.org.mx/comunicados/2003/2003_11_10.htm
<https://biblat.unam.mx/hevila/ContrahistoriasLaotramiradadeClio/2013/no20/11.pdf>
- 6.- Hernández MA. Orígenes y antecedentes del EZLN Espacios Públicos, vol. 10, núm. 19, 2007, pp. 264-283 Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México
Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/676/67601915.pdf>
- 7.- López BF. Los Acuerdos de San Andrés, proceso constituyente y reconstitución de los pueblos indígenas El Cotidiano, núm. 196, 2016, pp. 87-94 Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Azcapotzalco Distrito Federal, México.
Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/325/32544732009.pdf>
- 8.- Ramírez C. EZLN a 26 años del levantamiento: en expansión y contrario a López Obrador.2020.México
Disponible en:
<https://www.infobae.com>

9.- Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006. Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

10.- Organización Mundial de la Salud. Metodología y programa de prevención de las enfermedades bucodentales. Serie de Informes Técnicos Número 173. OMS; 1984

Disponible en:

<http://www.cirbiomedicas.uady.mx/revbiomed/pdf/rb061745.pdf>

11.- Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental 2020

Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

12.- Medina E. Políticas de la salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Rev. Biomed:2006. P.269-299

Disponible en:

<http://www.cirbiomedicas.uady.mx/revbiomed/pdf/rb061745.pdf>

13.- Ibidem

14.- Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y control de enfermedades. Programa de Salud Bucal. SSA México; 2000.

15- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y su Protocolo Facultativo. 1ª Edic. 2012. México.

Disponible en:

https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/7_Cartilla_PIDESCyPF.pdf

16.- ONU: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). 2000, E/C.12/2000/4,

Disponible en:

<https://www.refworld.org/es/docid/47ebcc492.html>

17.- Rueda MG. Albuquerque A. La salud bucal como derecho humano y bien ético. Rev. Latinoamericana de Bioética, 2016. 17(1), 36-59

Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v17n1/v17n1a03.pdf>

18.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Prevención, clave en salud bucal. 2019

Disponible en:

<http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201908/268>

19.- Diario Oficial de la Federación. PND 2019-2024. 2019

Disponible en:

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019

20.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Número de habitantes 2020 Disponible en:
<http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/Chis/Poblacion/default.aspx?tema=ME&e=07>

21.- Ocosingo. Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México. Visitada por última vez en noviembre de 2019.
Disponible en:
<http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM07chiapas/municipios/07059.html>

22.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Natalidad y Fecundidad 2019
Disponible en:
<https://www.inegi.org.mx/temas/natalidad/>

23.- Encuesta intercensal 2015. Panorama sociodemográfico de Chiapas. INEGI 2015

24.- Etienne C. En Pro de la Salud: Desarrollo sostenible y equidad. Plan estratégico de la OPS 2014-2019. Washington: Carissa. págs 1-28

25.- Pan American Health Organization/World Health Organization. OPS, OMS. Acerca de la Organización Panamericana de la Salud.
Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=91&Itemid=220&lang=es

26.- Secretaría de gobernación (SEGOB), Plan Nacional de Desarrollo del 2013 al 2018: “México incluyente” México 115-122
Disponible en:
<http://pnd.gob.mx>

27.- Plan Nacional de Desarrollo [Internet]: México 2013-2018

28.- Programa Sectorial de Salud: México 2013-2018
Disponible en:
http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/prosesa.html

29.- SEGOB, Programa de Acción Específico, Prevención, Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal 2013-2018. “Alineación con las metas nacionales” México 31-36
Disponible en:
http://www.cenaprese.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PrevencciónDetecciónControlProblemasSaludBucal2013_2018.pdf.

30.- Secretaría de salud. Programa de salud bucal:
Disponible en:
<http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programas-salud-bucal-2013-2018>

31.- Secretaría de educación pública. SEP

Disponible en:

<http://www.sep.gob.mx/sep/Recurse/1447/1/images/sitemaedumex09:01.pdf>

32.- Castro C, Fernández M, Carrasco R. Índices epidemiológicos orales. Edición especial para la facultad de estomatología –BUAP. Facultad de Estomatología – BUAP 2009, México.

33.- Espinoza MS, León RAM.2015, Prevalence and experience of dental caries in different faculty students at peruvian private university. Rev Estomatol Herediana.

Disponible en:

<http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n3/a03v25n3.pdf>

34.- SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos. Veinte principales causas de enfermedad Nacional, por grupos de edad Estados Unidos Mexicanos 2019.Disponible en:

https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2019/principales/nacional/grupo_edad.pdf