



SADEC
Salud y Desarrollo Comunitario A.C.



DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

SALUD Y DESARROLLO COMUNITARIO SADEC A.C

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

REPORTE FINAL DE SERVICIO SOCIAL

Atención dental en 3 Clínicas Autónomas Zapatistas a la población adulta e infantil; formación y educación en salud en la comunidad de San Jerónimo Tulijá, Chiapas.

PROGRAMA DESARROLLO HUMANO EN CHIAPAS

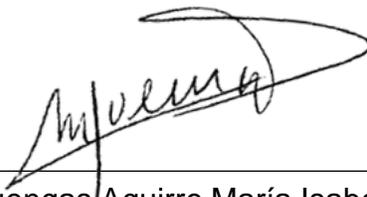
EPSS: MARTÍNEZ PARRAZ KATE LISBETH MATRÍCULA: 2163024200

PERÍODO: AGOSTO 2022 – JULIO 2023

FECHA DE ENTREGA: NOVIEMBRE 2023

“ku'untik ta jpisiltik spisil, mayuk bin ay yu'un jo'otik”

“Todo para todos, nada para nosotros”



Dra. Luengas Aguirre María Isabel de Fátima

Asesora de servicio social



Dra. Compeán Dardón María Sandra

Vo. Bo. de la Comisión de servicio social



Mtro. Heredia Cuevas Joel

Asesor de servicio social

PRÓLOGO

Vivir lejos de casa no es para todos.

Debes tener un corazón grande, lo suficientemente grande como para empacar todo lo que dejas:

Alegrías y dolores, amigos y amores.

Este bagaje cardíaco late incluso cuando tocas un suelo que no te pertenece o cuando estás acostado en un colchón que no tiene tu forma y una almohada incómoda, y miras al techo preguntándote

¿A dónde vas?

Amigos que no son tuyos, una ciudad que no es tuya.

Debes tener un corazón grande, tan grande para hacer cosas nuevas.

Un corazón que a veces teme que otros se hayan olvidado de ti, porque el presente ha tomado el control de sus vidas.

Un gran corazón, pero no demasiado fuerte... y entonces ahí es donde se detiene.

Está bajo arresto, te confunde y no sabe quién eres.

Así que te acuestas en el colchón que ahora ha sufrido un poco tu peso, y la almohada es más suave por un lado y te preguntas en quién te estás convirtiendo más allá de preguntarte ¿a dónde vas?

Porque cuando te vas, más que moverte hacia un lugar, vas hacia un destino, el tuyo.

Estamos hechos de otra pasta, quien no lo ha vivido no podrá entenderlo...

“Charles Bernal”

Defensor de los derechos humanos y animales, generador de conciencia.

AGRADECIMIENTOS

La realización de este reporte ha sido posible gracias a los invaluable aportes de muchas personas. En primer lugar me gustaría reconocer el valioso acompañamiento de la doctora Isabel Luengas, quien como asesora, y a pesar de las adversidades, desde el inicio de la investigación me brindó su apoyo en la definición y problematización de la misma, así como su excelente asesoría durante la elaboración de este trabajo. Deseo asimismo agradecer a todos los compañeros y compañeras zapatistas que compartieron su espacio conmigo, gracias por su cariño, apoyo, amistad y confianza al hacerme integrante de cada una de las clínicas autónomas, sus comunidades y su familia. De todo corazón, agradezco su colaboración en lo que fue un proceso de enseñanza - aprendizaje de elevada significación para mí y al igual que a ellos, a mis compañeros del primer semestre de servicio social con quienes descubrí una nueva perspectiva de salud oral y general en México, en particular a Gibran, mi confidente y amigo de corazón a quien tuve la fortuna de conocer en esta aventura. En ti encontré un gran apoyo y a alguien con quien compartir los momentos buenos y malos, siempre me ayudaste a aligerar el pesar de las piedras que se presentaron en el camino. Aprendimos y crecimos juntos en lo profesional y personal, uniéndonos en el andar hacia una amistad única y tan genuina, esperando que a pesar de la distancia, el universo nos permita seguir disfrutando de nuestra compañía.

A Cristóbal... por tu alegría, por tu forma de disfrutar de la vida, por tu hermoso optimismo y por todo lo que me has enseñado. Gracias por las experiencias vividas, el tiempo compartido y por tus valiosas aportaciones, que en muchas ocasiones contribuyeron en la construcción de este reporte. Eres la persona con quien tuve la oportunidad de conocer el mundo de las comunidades indígenas rurales de Chiapas. Manifiesto mi más grande reconocimiento y admiración a las personas que al igual que yo, han elegido y eligen formar parte de esta experiencia que sin duda alguna, no solo cambia nuestra perspectiva, sino también la vida.

Me gustaría agradecer con admiración eterna el trabajo de las mujeres indígenas que luchan a diario en sus comunidades por una vida mejor para ellas y sus familias, pero en especial a las que participaron y aún siguen haciéndolo, desde el año 1994 hasta la fecha. De manera más personal me gustaría mencionar a mis padres Alejandra y José, que son a quienes les debo todo mi cariño y agradecimiento por hacer posible el camino cursado hasta el día de hoy. Gracias a ustedes y a su apoyo moral e incondicional he tenido la oportunidad de vivir la aventura más grande de mi vida de la cual tengo gratos recuerdos y grandes aprendizajes. Gracias por siempre alentarme a intentar

lo que me proponga, sabiendo que sin importar el resultado ustedes siempre estarán al final del camino. Este trabajo también es un logro suyo por su incansable apoyo y amor por mí.



Fotografía tomada por Roser Manich Vallés, Barcelona, España, SEPTIEMBRE

2023.

Florentino, Gloria, Antonia, Mariana, Pedro, Florentinito, Abelito, Luisa, Nichim, Ana, Brayancito, María, Micaela, Francisco, Lenin, Brayan, Manxim, Manuela, Cristóbal, familia de Cristóbal, Felipe, José Alfredo, Manuel, Teresa, Marco, Francisca, Alberto, Elsy, Selena, Marisol, Sebastiana, Alex.

¡MERO JOCOLAWAL TA PISILIK!

¡Muchas gracias por todo!

ÍNDICE

Prólogo	2
Agradecimientos	3
Primera sección: Proceso de adaptación al servicio social	9
Personal.....	10
Comunitario.....	20
Institucional	23
Segunda sección: Diagnóstico de salud comunitario	29
Introducción	29
Marco teórico	38
Salud.....	38
Derechos humanos.....	38
Derechos de los pueblos indígenas.....	39
Sistema de salud en México	44
Estructura del sistema de salud en México.....	46
Políticas de salud oral	47
Autonomía en Chiapas desde el movimiento zapatista.....	52
Sistema de salud autónomo zapatista (SSAZ)	55
Medicina tradicional indígena	56
Cosmovisión del proceso salud – enfermedad.....	57
Chiapas	59
Distribución territorial	60
Multiculturalidad y etnia	61
Población	61
Esperanza de vida	63
Fecundidad, natalidad y mortalidad.....	64

Migración	65
Productividad y economía	66
Medición multidimensional de la pobreza.....	70
Educación, vivienda y servicios de salud	72
Educación	73
Vivienda y saneamiento	74
Servicios de salud y seguridad social.....	77
Alimentación de calidad	81
Ocosingo	82
Distribución territorial	82
Multiculturalidad y etnia	83
Población	83
Fecundidad, natalidad y mortalidad.....	84
Migración	85
Productividad y economía	85
Educación, vivienda y servicios de salud	86
Educación	87
Vivienda y saneamiento	88
Servicios de salud y seguridad social.....	89
Las Tazas	91
Vías de acceso y transporte	91
Etnia y lengua	92
Educación, vivienda y servicios de salud	92
Vivienda y saneamiento	92
Servicios de salud y seguridad social.....	93
La Garrucha	97

Vías de acceso y transporte	97
Etnia y lengua	98
Educación, vivienda y servicios de salud	98
Vivienda y saneamiento	98
Servicios de salud y seguridad social.....	99
Chilón	103
Distribución territorial	103
Multiculturalidad y etnia.....	104
Población	104
Fecundidad, natalidad y mortalidad.....	105
Migración	106
Productividad y economía	106
Educación, vivienda y servicios de salud	107
Vivienda y saneamiento	107
San Jerónimo Tulijá	108
Vías de acceso y transporte	108
Etnia y lengua	109
Educación, vivienda y servicios de salud	109
Vivienda y saneamiento	110
Servicios de salud y seguridad social.....	111
Tratamientos y limitantes en la consulta dental de las comunidades en donde se realizó el servicio social	115
Productividad y economía de las comunidades en donde se realizó el servicio social.....	118
Ideología política de las comunidades en donde se realizó el servicio social	119
Conclusiones	119
Tercera sección: Seguimiento de programas SADEC, actividades realizadas y perfil de morbilidad	121
Introducción	121

Seguimiento de programas sadec 122

Promoción y formación 149

Forma de enseñanza 152

Clases de estomatología para promotores dentales 153

Clases de comprensión lectora y español..... 156

Perfil de morbilidad 157

Conclusiones generales 160

Anexos 162

Bibliografía 174

PRIMERA SECCIÓN: PROCESO DE ADAPTACIÓN AL SERVICIO SOCIAL

Hace 7 años tomé una de las decisiones más difíciles de mi vida, elegir una profesión... Después de mucho pensar, consultarlo con mis padres y de crecer en un ambiente mayoritariamente dedicado al área de la salud, decidí estudiar estomatología en la Universidad Autónoma Metropolitana. Desde niña tuve esa necesidad e inquietud de aportar a la salud de las personas teniendo la guía familiar aunque no fuese propiamente en la licenciatura de estomatología, tuve mucho miedo de equivocarme al elegir mi profesión pues, ¿Cómo iba yo a saber si realmente era lo que quería?, ¿Y si no me gustaba?, ¿Sería lo suficientemente buena como estudiante?... Una y mil preguntas de ese tipo estaban en mi mente todo el tiempo.

No fue hasta que ingresé a la universidad cuando sorprendentemente me di cuenta que la licenciatura me había elegido a mí. Uno de los retos más grandes al que nos presentamos las generaciones más recientes fue la pandemia mundial por COVID – 19, ya que sin importar a lo que la sociedad entera se dedicara, nos hizo entrar a un proceso de adaptación frente a una nueva normalidad, siendo así que concluí mi último año de licenciatura en línea, a pesar de contar con experiencia laboral en el medio, me frustraba el hecho de no haber tenido práctica odontológica suficiente durante mi formación ya que en ese momento, creí que lo que se nos impartía en las aulas, lo era absolutamente todo para poder sobresalir en la vida real.

Así que me llené de miedo e inseguridad al no poder cursar y recuperar la práctica clínica de los últimos trimestres los cuales son de suma importancia para mí ya que desde mi experiencia, los tratamientos en órganos dentales permanentes representan mayor complejidad. Aún recuerdo cuando escuché hablar del servicio social en estado de Chiapas, yo era una estudiante de 4to trimestre que no tenía ni la más mínima idea de lo que implicada aventurarse en ello.

Pasaron los años, escuché comentarios de todo tipo respecto a la experiencia del servicio social en el sureste mexicano en el área de estomatología hasta que un día estaba frente al móvil y me encontré con un post de un colega quien había realizado su servicio en dicho lugar... Me interesé, lo contacté e investigué respecto a las plazas disponibles en aquél entonces. Todo fue tan sencillo y apresurado a la vez, ya que desde 6 meses antes de iniciar mi servicio social, me contacté con el doctor encargado de coordinar el servicio en Chiapas y sinceramente, creo que todo se fue acomodando de la mejor manera.

Posterior a haber tenido pláticas con los colegas que realizaron su servicio en este proyecto y de haber mantenido el contacto con el doctor Joel Heredia, en febrero del año 2022 se presentaron

las plazas de servicio social disponibles, se habló de las plazas en Chiapas. Encajó perfectamente en lo que buscaba y necesitaba para poder reforzar los conocimientos adquiridos durante la licenciatura, la práctica privada y así mismo poder hacer un cambio en mi persona para madurar, crecer, valorar y reivindicar algunas cosas en mi vida.

Aun así, teniendo la oportunidad de elegir una plaza distinta y aunque existían muchas razones para no elegir Chiapas específicamente, el simple hecho de pensar en la experiencia de tener la oportunidad de trabajar con comunidades originarias, aprender nuevas cosas sobre su cultura y conocer lugares, personas y costumbres distintas a lo que yo conocía, me hizo no quitar el dedo del renglón en querer realizar mi servicio social en el proyecto de Salud y Desarrollo Comunitario, en ésta nueva etapa estaría enfrentándome a la vida profesional y a una parte de la vida real laboralmente hablando, completamente sola así que me esperancé a que mis conocimientos obtenidos hasta el momento fueran suficientes para solucionar cualquier situación que pudiera presentarse. Pero este escenario era nuevo para mí, de Chiapas solo sabía de lo turístico por comentarios de mi familia y amigos que ya habían tenido la oportunidad de estar ahí y un poco por lo que nos venden los noticieros en la radio y televisión. No sabía nada de la forma de pensar, hablar y de vestir.

Iniciando de esta manera un proceso distinto para ejercer mi servicio social en un lugar desconocido, con un sinfín de comentarios tanto positivos como negativos por parte de las generaciones pasadas. Fue así que con incertidumbre, ganas y miedo, me postulé para elegir una plaza lejos de mi hogar, de mi familia, de lo conocido, decidiendo iniciar una aventura

PERSONAL

Julio 27 2022

Llegué a Palenque, Chiapas por primera vez con una idea no tan clara de lo que sería de mi los próximos meses y con muchas dudas respecto a lo que haría.

Por fortuna, en mi llegada a Chiapas, me encontraba con mi familia así que el adaptarme a un lugar nuevo y el desprenderme aún más de ellos, no fue complicado para mí, ya que en los meses previos estuve mentalizándome para afrontar ese momento y estar en un lugar completamente nuevo, lejano y sola se convirtió en un anhelado reto.

Julio 30 2022

Después de aterrizar en las instalaciones de SADEC conocí a todo el equipo de la organización, los pasantes de ese momento quienes pertenecían al mismo proyecto y a la Secretaría de Salud; aunque teníamos distintas personalidades no pasó mucho tiempo para congeniar con la mayoría,

especialmente con las 2 estomatólogas con las que había estado en contacto los meses anteriores y con Gibran, quien más adelante sin siquiera imaginarlo, se convirtió en un excelente amigo y compañero.

Sintiendo así, un alivio enorme por tenerles de apoyo. La plaza que me asignaron, fue Las Tazas, ubicada en el municipio de Ocosingo.

Aún recuerdo los comentarios que leí y escuché sobre mi plaza, aunque no fueron nada alentadores y hacían referencia a la peor plaza, decidí hacer caso omiso al respecto aunque por dentro, estaba llena de miedo y angustia...

Agosto 06 2022

Por fin llegó el día en el que habría que viajar a la comunidad, salimos temprano de Palenque y aunque opté por dormir la mayoría del camino, aún recuerdo los paisajes donde solo se veía la carretera llena de exuberante flora. Fueron 3 horas aproximadamente hacia Ocosingo, lugar donde sería el último donde tendría señal en mi celular, después de un poco de carretera empezamos adentrarnos a las comunidades lo supe por que pude leer algunos letreros que decían “usted está en territorio zapatista”. En el camino de terracería, eran visibles pequeñas casas de madera con techos de lámina, animales de granja como gallinas, cerdos y caballos, después de un par de horas más, vi un letrero que decía “Ejido Las Tazas” a la entrada había un puente amarillo metálico donde iniciaba la comunidad, desde ahí podía verse el río Jataté, la gente nos observaba sabían que había llegado alguien nuevo a su comunidad, casi llegando al centro se estacionó la camioneta en la que viajábamos y pude ver por fuera una parte de la clínica con dibujos singulares que hacían alusión al zapatismo. La clínica estaba ahí, en una pequeña colina, entré en compañía del doctor Joel y me presentó la habitación que compartiría con mi compañero médico, la cocina, la clínica que consistía en el consultorio médico, una farmacia y el consultorio dental.

Más adelante, me fue presentado con mayor minuciosidad el consultorio dental, me parecía bastante bueno y funcional a pesar de que la unidad dental, no era como como la conocía, sino que estaba por partes. El consultorio dental estaba formado por un sillón color vino de vinil el cual en un inicio no podía reclinarsse, un robotín con compresora, un esterilizador de calor seco, un mueble donde estaban los materiales dentales y un lavabo para lavar el instrumental, me pareció que era aceptable para poder atender a la población que requiriera del servicio dental. Posteriormente procedimos a hablar y a presentarme con un pequeño grupo de personas que pertenecen a la organización zapatista en donde se trataron temas respecto a los acuerdos que se tenían y debían cumplirse para salvaguardar la seguridad e integridad mía y de mi compañero.

Fue así que al inicio de mi servicio social, estuve en la comunidad de Las Tazas en donde la interacción con la población, con la familia zapatista encargada de la clínica y mi pequeña estancia de 3 meses, resultaron ser sumamente agradables aunque como en todo, se presentaron situaciones que me hicieron sentir incómoda, insegura y dudar por un momento sobre mi permanencia en Chiapas.

Fueron diversas situaciones médicas que como estomatóloga, marcaron mi vida y el inicio de esta aventura ya que nunca imaginé tener la experiencia de vivir en carne propia lo que implicaba resolver una urgencia médica y a pesar de no sentirme lista para ayudar a mi compañero en las urgencias, él nunca me dejó sola, al contrario, siempre me explicaba y enseñaba de la mejor manera a modo de que pudiese tener noción de la situación que se nos presentaba en ese momento y que como equipo, debíamos buscar una solución.

A la comunidad de San Jerónimo Tulijá, llegué al tercer mes de iniciar el servicio a petición del equipo SADEC, en este punto ya estaba acostumbrada a la compañía de un MPSS, pero este lugar fue completamente distinto, ya que estaría conviviendo con 8 promotores rotantes encargados del funcionamiento de la clínica. El espacio desde el día 1 se sintió más que un área de trabajo, un espacio familiar, siempre estaba llena de familiares de los promotores; algunas personas ajenas a la clínica eran bilingües, algunas otras solo hablaban tseltal pero entendían el español y en los primeros días, tuve un acercamiento más allá de la consulta con la población incluyendo a los promotores y promotoras, esto me ayudó a desarrollar cierto nivel de seguridad en mi misma para darme una idea de cómo integrarme a su espacio y así, poder generar un vínculo de confianza. Esta confianza aumentó principalmente por el promotor de salud, Cristóbal Hernández y la partera de la clínica Francisca López, quienes me ayudaron en el transcurso de los días a incorporarme a la rutina y enseñarme la comunidad sin imponerme algún rol. El estar siempre pendiente de mí, el buen trato de la comunidad, la afluencia de pacientes, la excelente relación con los promotores y específicamente la compañía de Cristóbal, me motivó a elegir San Jerónimo Tulijá como mi plaza definitiva.

En el espacio de La Garrucha (Caracol III), arribé en mi cuarto mes de servicio y al igual que en las comunidades anteriores, la relación, interacción con los promotores y población en general, fue bastante buena, cordial y agradable.

A diferencia de las otras C.A.Z. la dinámica de convivencia aquí fue distinta, y me atrevo a afirmar (por lo vivido) que con un mayor nivel de organización; pues aquí los promotores son permanentes

y cada uno ya tiene asignada una tarea en específica para cada día de la semana, incluyendo los días de descanso.

A pesar de tener una buena convivencia con los promotores y promotoras de este lugar, por momentos me sentí abrumada e incluso me pregunté si había algo malo en mi manera de brindar atención dental a la población debido a la baja afluencia de pacientes que se observaba en comparación a las otras clínicas, si bien no tenía una expectativa alta, creí que un número considerable de personas se presentaría por ser para la mayoría de la población, casi la única opción de atención. Las limitaciones que se presentaban por la falta de insumos, especialistas y servicios aunado a la inexperiencia de trabajar sin supervisión, formó parte del reto diario en la consulta en las clínicas autónomas; las inseguridades que lo anterior me provocaba desaparecieron cuando entendí que trabajar con los recursos con los que se contaba en el momento, no debería de ser un obstáculo o impedimento para resolver una situación clínica que estuviese dentro de mis capacidades y que debía confiar en mí de la misma manera en la que lo hacía la población que asistía a consulta conmigo.

Reitero que por situaciones de la vida, tuve la fortuna de rotar por todas y cada una de las clínicas autónomas que en ese momento brindaban atención médica y dental; y aunque en un inicio estaba inconforme por no poder brindar una atención adecuada y dar seguimiento a los tratamientos de los pacientes de cada comunidad, descubrí que fue la mejor oportunidad que pude tener durante mi servicio social.

Me agradó la dinámica de trabajo establecida a en mi estadía en Chiapas (Agosto 2022 a Marzo 2023) ya que estaría en constante movimiento y podría conocer distintos lugares, personas y estilos de vida. Mi llegada a cada comunidad, fue un golpe duro de realidad, ya que por un momento se rompió la burbuja del mundo al que estaba acostumbrada a vivir y me di cuenta de las condiciones de vida, lo que no me esperaba ver fue demasiada pobreza económica, carencia de agua potable, ausencia de letrinas y servicio de drenaje, tienditas locales abarrotadas de productos ultra procesados, ya que todo esto tiene un impacto negativo para la salud reduciendo así la calidad de vida de la población.

Por cuestiones personales, concluí los 4 meses restantes del servicio social en la Ciudad de México en donde no se me asignó alguna actividad clínica o administrativa.

Formar parte en un proyecto como este, representó una oportunidad inigualable para mí ya que desde que cursé pediatría y comencé a ser más observadora durante las consultas, nació en mí las ganas, el deseo y la necesidad de crear una fundación de apoyo odontológico móvil para zonas

rurales y gente de escasos recursos. De paso educando y generando conciencia de la importancia de la salud bucal desde la edad temprana. Me gustaría añadir que aunque jamás imaginé trabajar con población indígena, este acercamiento me sirvió para tener un panorama más claro de lo que quiero realizar a mediano plazo. Además, todo lo que viví en cada comunidad más allá de la consulta, me hizo aprender, valorar y descubrir un mundo de cosas completamente nuevas para mí.

Sin dudarlo ni pensarlo por un momento, esta experiencia ha sido la más grata y la mejor de la vida, pues ¿Cuándo iba a imaginar yo estar en Chiapas por parte de la universidad?, ¿Cómo es que siendo estomatóloga iba a tener la oportunidad de ayudar a atender partos con todo lo que implica?, ¿Cómo es que cada vez era más fuerte ante una urgencia médica?, mi estancia aquí ha estado repleta de días, momentos y situaciones mágicas e inesperadas. Hubo días en los que esperaba con ansias regresar a mi hogar, en San Jerónimo Tulijá y días de estar ahí y querer regresar a Palenque porque en ocasiones llegué a pensar que no valía la pena mi trabajo, hasta que los pacientes, los promotores, el equipo SADEC y yo misma, me demostraba lo contrario, me hablaban de mi trabajo y me hacían ver lo importante y valioso que era para ellos.

He venido aquí a confirmar que me apasiona lo que sé hacer pero también soy consciente que voy iniciando, que el camino es largo y que me falta mucho por aprender y mejorar cada día, porque nunca es suficiente, el aprendizaje nunca termina y esto aplica para todo. Me encuentro en un lugar completamente desconocido, en donde mucha gente nativa de Chiapas no concibe la idea de que existamos personas que no conocimos la lluvia hasta los 5 años de edad. No sabíamos cómo se dan los plátanos ni conocíamos el árbol. Yo no conocía un árbol de mangos hasta que Cristóbal me lo enseñó. Al subirme a una redila, le pregunté al chófer si le gustaban los helechos que brotaban de la pared del cerro y las ceibas que se unían de una a otra orilla de la carretera y oscurecían el paso. Me dijo: “así es por acá”. La exuberancia es normal. La abundancia es normal. Chiapas, para los chiapanecos, es normal; para los que no nacimos aquí, es absolutamente maravilloso, nada de normal. Con el tiempo desarrollé nuevas habilidades, aprendí cosas diferentes en cada comunidad y de cada persona con la que me relacioné pero sin duda alguna, el aprendizaje más grande que tuve y con el que me quedo, es el valorar, valorar no solo a la gente que sin conocerte te cuida, te protege, te brinda su hogar y te hace parte de su familia; sino valorar absolutamente todo lo que ocurre en cada momento, sin importar que sea. Estas cosas son las que verdaderamente cambian nuestra percepción del entorno en el que nos encontramos y nos hacen notar este otro lado de las cosas que no conocíamos y peor aún, que ni siquiera imaginábamos.



Elaboración de tortillas hechas a mano y pan de marquesote, Las Tazas. KLMP, AGOSTO 2022.



Actividades aprendidas en La Garrucha. KLMP, NOVIEMBRE 2022.



Asistencia y atención de parto y elaboración de tortilla de calabaza en C.A.Z. "Murcia Elisa Irina Sáenz Garza", San Jerónimo Tulijá. KLMP, OCTUBRE 2022.

Relación estomatóloga – paciente

Mi primer contacto con pacientes dentro de la comunidad, me desencadenó una serie de emociones ya que me causaba incertidumbre la manera en la que sería mi consulta en este lugar, es decir, todo el tiempo me preguntaba ¿Qué tenía que hacer?, ¿Cómo debía actuar, hablar y dirigirme a los pacientes sino hablamos la misma lengua?, ¿Cómo iba a solucionar una situación clínica estando tan lejos?, ¿Quién iba a supervisar el trabajo clínico?, entre otras cosas.

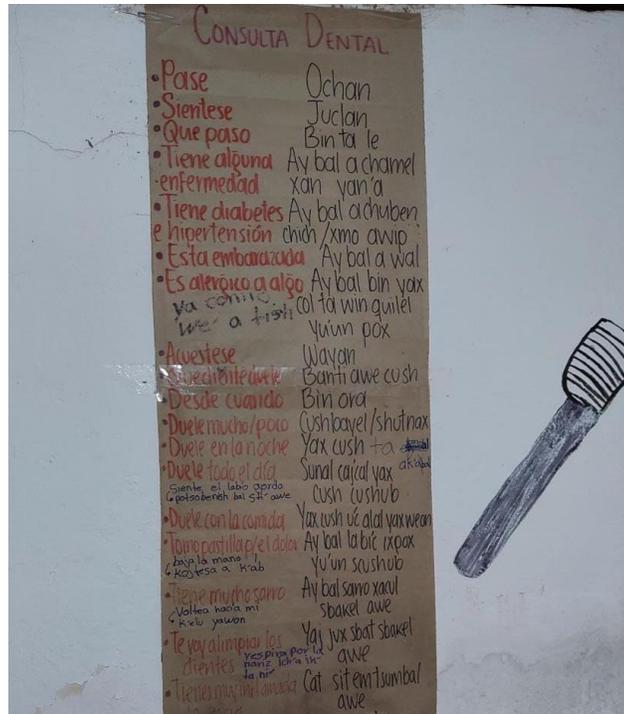
Sea cual fuere la respuesta a todas mis preguntas, tenía más ganas que miedo de poner a prueba mis conocimientos y habilidades y obvio, adquirir nuevos.

Mis primeras consultas fueron un poco complicadas ya que esos pacientes, no hablaban español y tampoco lo entendían, ahí me di cuenta que me enfrentaba a un nuevo reto el cual no había contemplado en ningún momento: aprender una lengua para entender y poder comunicarme con la población.

Para mi suerte, las promotoras de la primer clínica en donde roté (C.A.Z. “De Los Pobres”, Las Tazas), hablaban español y me ayudaban en la traducción de mi consulta. A pesar de su ayuda, fue muy frustrante para mí el hecho de darme cuenta que no podía mantener una comunicación tan directa con los pacientes ya que en la traducción, se perdía la esencia de lo que realmente quería expresar el paciente.

La misma situación me ocurrió en las otras 2 clínicas por las cuales tuve la fortuna de rotar (C.A.Z “Jesús de la Buena Esperanza”, La Garrucha y C.A.Z. “Murcia Elisa Irina Sáenz Garza”, San Jerónimo Tulijá) así que por decisión propia, después de haber elegido permanecer en San Jerónimo Tulijá, tomé la iniciativa de aprender tseltal pidiendo el apoyo principalmente a los promotores y promotoras.

No sabría cómo definir mi proceso de aprendizaje pero sin duda, fue una aventura inesperada y la mejor de todas, jamás imaginé recibir tanto apoyo, atención, cariño y paciencia para aprender un “idioma” nuevo.



Acordeón de comunicación para la consulta dental en tseltal. KLMP, 2022.

Una de las cosas que más me impactó durante mi estancia en Chiapas, fue el hecho de que los pacientes acudían a consulta dental solicitando la exodoncia de algún órgano dental porque les causaba dolor. No sabía cómo sentirme ni mucho menos cómo actuar de manera correcta ya que yo decidí realizar mi servicio social en este proyecto para ayudar a mejorar, restaurar y rehabilitar a las personas que lo necesiten y “terminar” con el concepto de *sacamuélas* ya que como parte del trabajo que realizamos como profesionales de la salud, es educar a la población sobre el amplio concepto de la estomatología y lo que implica.

Aun explicando a los pacientes sobre las diversas alternativas de tratamiento para la preservación de un órgano dental, desafortunadamente eran rechazados por falta de recursos económicos, tiempo limitado, desinterés a falta de información y en ocasiones, por el machismo que aún es visible en las comunidades. Fue muy complicado para mí no involucrar mis sentimientos con los pacientes ya que me daba tristeza e impotencia saber que perderían los pocos órganos dentales que les quedaban, también en algunas ocasiones quedé sorprendida al ver la salud bucal que presentaban. El problema no era realizar la exodoncia, el problema era el impacto de la falta de conciencia sobre la pérdida prematura de algún órgano dental. Todo esto aunado a que no existe una forma de rehabilitación protésica dentro de las comunidades y si la hay, es costoso y mal hecha.

Antes de realizar cualquier tratamiento dental que no fuera de urgencia, opté por realizar odontoxesis, profilaxis y explicar la técnica de cepillado para fomentar la prevención y evitar situaciones que conllevaran a la pérdida dental prematura.

Al inicio, di por hecho muchas situaciones, una de ellas fue el pensar que toda la población cepillaba sus dientes con un cepillo y pasta dental y que por ende, tenían conocimiento y acceso a los aditamentos para la higiene oral. Con el paso del tiempo y conforme se presentaron las circunstancias entendí y aprendí que las cosas no pueden ser siempre como las conocemos, que idealmente debemos estar abiertos a nuevas “cosas” y permitirnos ver más allá de todo; por este motivo me permití analizar el por qué la población desconoce sobre los aditamentos para la higiene oral, la manera correcta de cepillar sus dientes y que es lo que utilizan para hacerlo.

Creo que muchas veces nos dicen que no es éticamente correcto involucrarnos con nuestros pacientes, pero después de meses de una ardua labor quiero compartirles que el secreto para una excelente relación médico – paciente (al menos hablando desde mi experiencia), es que lo hagan. ¡Háganlo!, involúcrense con ellos sin importar la edad que tengan, hablen con ellos, escúchenlos, abrácenlos, ayúdenlos, denles lo mejor de ustedes porque ellos también nos van a dar lo mejor de sí. Y no hay nada que dé más dicha y paz que saber que lo hiciste, y lo bien que se sintió. Todos y cada uno de los pacientes que confiaron en mí durante mi servicio social, estarán conmigo siempre, en mi corazón y mi mente. Cada persona que pasa por nuestras vidas deja un poco de sí o se lleva un poco de nosotros. La población de todas las comunidades, se robó mi corazón, me ayudaron a descubrir lo increíble que es dar consulta en una zona rural, lo ocurrientes que pueden ser, me enseñaron a ser paciente, a tratar a todos con amabilidad y atención (así fueran instrumentos) pero sobre todo, me enseñaron de gratitud y a hacer las cosas con mucho, muchísimo amor. Gracias.

En la relación médico paciente, el médico debe estar consciente de que el paciente no tiene dañado solo un órgano, sino que enferma de manera integral. Por ello, debemos reflexionar que el enfermar conduce a sufrir. En ocasiones se padece mucho más de lo que se está enfermo y no debe olvidarse que cuando un paciente enferma de algo grave, enferma con él la familia. Por todo ello no es vano recordar aquella vieja conseja médica que señala: “El médico pocas veces cura, algunas sana, pero siempre debe consolar”. (Arrubarrena, 2011)



Consulta dental en C.A.Z. “De Los Pobres”, Las Tazas. KLMP, AGOSTO/DICIEMBRE 2022.



Técnica de cepillado para la población adulta e infantil de San Jerónimo Tulijá. KLMP, OCTUBRE 2022.



Consulta dental en C.A.Z. “Murcia Elisa Irina Sáenz Garza”, San Jerónimo Tulijá. KLMP, NOVIEMBRE 2022.

Procedimiento: Odontoxesis, profilaxis y técnica de cepillado dental.

COMUNITARIO

Los pueblos originarios descienden de poblaciones que habitaban en el territorio del país antes de la colonización española y que hoy en día conservan su propia unidad social, económica y cultural conforme a sus usos y costumbres. **(CLACSO, 2012)**

En las comunidades tseltales, en las que se realizó el trabajo y con las cuales tuve contacto, existen conocimientos y prácticas de medicina tradicional que sirven de primer contacto o como el único contacto de acompañamiento en el proceso salud enfermedad de la población alcanzando un grado de reconocimiento muchas veces mayor al sistema público de salud en su capacidad para curar (sin precisar los significados que implica) y/o desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud que al final resultan en una buena salud y en un buen vivir de la persona y de la comunidad en general. La partería, la herbolaría, los hueseros, entre otros, ha permitido enriquecer (contrario a lo que se piensa desde el modelo hegemónico para la formación de recursos humanos en salud) el trabajo médico en general que se ofrece y las opciones de tratamiento para el paciente.



Práctica en huesería, San Jerónimo Tulijá. KLMP, 2023.

“Manuel Espinoza”, huesero que colabora en C.A.Z. “Murcia Elisa Irina Sáenz Garza”



Práctica en partería, San Jerónimo Tulijá y La Garrucha. KLMP, 2022.

“Francisca López”, partera tradicional que colabora en C.A.Z. “Murcia Elisa Irina Sáenz Garza” (izquierda) “Micaela Clara”, partera formada por ginecólogas que colabora en C.A.Z “Jesús de la Buena Esperanza y Comandanta Ramona” (derecha)

Cabe mencionar que estas prácticas han sido transmitidas de generación en generación u otorgadas por don divino que a pesar de conservar mayoritariamente sus características de origen, han incorporado otras prácticas de otras medicinas ajustándolas a su propia cultura.

Por otro lado, en el área dental, aún conservan la práctica del uso de plantas medicinales para resolver ciertas patologías, pero en algunos casos ante la necesidad, desesperación, miedo y vergüenza de acudir a consulta dental, han adoptado medidas como el uso de un alambre caliente para “matar al diente”, la aplicación de clavos, tornillos pequeños, torundas de algodón impregnadas con alcohol o gasolina para aliviar el dolor y es frecuente la automedicación de antibióticos y analgésicos para aliviar la sintomatología sin siquiera haberlo consultado antes con el médico u odontólogo desconociendo así, la relación riesgo – beneficio de los fármacos ya que como sabemos, cada persona reacciona de manera distinta a ellos.



Kaka’an (tseltal) epazote

(español). KLMP, MAYO 2023.

El té de epazote combinado de 2 cucharadas de sal, es utilizado en el tratamiento de problemas dentales, alivia el dolor. Se realizan enjuagues bucales un par de veces al día.



***Asclepia curassavica* / pameyat, pameyat warnal, tzajal-chú momol (tseltal) quiebra muelas (español). KLMP, MAYO 2023.**

Utilizada en el tratamiento de problemas dentales, alivia el dolor y “extrae” la pieza dental afectada mediante su fragmentación. Se aplica el látex de la hoja, ya sea de forma directa o en una torunda de algodón, sobre la pieza que causa la molestia.

En algunas comunidades como en Las Tazas y La Garrucha, hay promotores dentales que han sido capacitados por distintas redes de apoyo externas a la comunidad (entre ellas, nosotros), pero también se presentan falsos dentistas o promotores que descontinuaron su formación por alguna razón quienes han tenido contacto con la práctica odontológica, teniendo conocimientos mínimos, algunos de ellos tienen habilitados sus “consultorios dentales” en las comunidades o áreas aledañas con la finalidad de tener pacientes y así lograr obtener una retribución monetaria. Los promotores de salud locales de cada una de las comunidades son miembros sumamente respetados, ya que ofrecen una atención digna de acuerdo a sus posibilidades creando un ambiente de confianza, comodidad y seguridad para el paciente, por ello son, en la mayoría de las ocasiones, la primera línea de elección para la población. Pero como en todo y como todos, tienen sus limitaciones y las reconocen ya que existen patologías las cuales ignoran, que están fuera de su capacidad para resolverlas y les causa duda, por ese motivo, es donde la medicina científica interviene, aunque la relación no se ha dado de la forma más respetuosa, sino de manera excluyente, competitiva y en ocasiones, violenta.



Consultorio dental y unidad médica rural (IMSS) en San Jerónimo Tulijá. KLMP, 2023.

“Las sociedades indígenas son las más pobres en términos económicos y sociales, no obstante, son ricas en filosofía sobre la vida y la naturaleza, algo que el hombre occidental ha olvidado en aras de su individualidad y de su corta y muy pragmática forma de ver la vida”. (CLACSO, 2006)

INSTITUCIONAL

Salud y Desarrollo Comunitario (SADEC A.C.), es una asociación civil no lucrativa fundada en 1995, está dedicada a la formación de recursos humanos en salud, a la atención médica y dental, al impulso de estrategias sanitarias, así como a la organización de estructuras de salud; todo esto coordinado con las diferentes regiones donde se trabajan que con base a mucho esfuerzo, perseverancia y dedicación se ha logrado un trabajo en conjunto. Se financia por medio de la cooperación internacional de donaciones voluntarias y recursos propios de proyectos productivos (procesamiento de café, hospedaje y renta de instalaciones); cabe mencionar que no percibe ningún apoyo del gobierno o de algún partido político. Actualmente este proyecto, trabaja en conjunto con la Universidad Autónoma Metropolitana, donde la mayoría de los médicos/as y estomatólogos/as que colaboran, son egresados, cumpliendo así una función de benefactor. Por otro lado, SADEC funge como una instancia de apoyo de la salud comunitaria mediante la gestión y/o acompañamiento a médicos en servicio social.

Incorporación

El equipo de trabajo que conforma a SADEC está conformado por: medicina, estomatología, enfermería, así como un pequeño equipo de trabajadores que apoyan en cuestiones administrativas.

Proyectos

- ✚ **Consulta médica y dental:** Se brindan desde las diferentes casas y clínicas autónomas de salud de las diversas comunidades en donde se trabaja, la atención se lleva a cabo con el personal comunitario en coordinación con las médicas/os y estomatólogas/os de servicio social. Uno de los puntos importantes es que los pasantes de servicio social durante la estancia en comunidad, comprendemos que es mucho lo que podemos ayudar y enseñar, pero es más lo que terminamos aprendiendo en las comunidades.

- ✚ **Formación y capacitación:** Se lleva a cabo desde una propuesta metodológica para la formación de promotores de salud, que SADEC ha impulsado desde hace muchos años. De igual manera se trabaja con promotores de nivel avanzado, quienes se forman como capacitadores.

- ✚ Apoya al fortalecimiento de la organización local y regional comunitaria de tal forma que en el mediano plazo tengan las herramientas necesarias para dar continuidad a la estructura de salud que han formado por años.

El centro de capacitación y trabajo en general se encuentra en Palenque y sirve de apoyo para pasantes de servicio social así como para otras organizaciones. Las instalaciones constan de oficinas, laboratorio de medicina tradicional, palapa de usos múltiples, salón de trabajo, sanitarios, dormitorios, cocina y comedor colectivos. SADEC se dedica al procesamiento de café orgánico producido en comunidades indígenas con la más alta calidad, así como renta de sus instalaciones, todo ello con la finalidad de sostener a la organización.

Objetivos

- ✚ Reducir los índices de mortalidad, con especial énfasis en la muerte materno infantil.
- ✚ Formar personal en salud (promotores y parteras).
- ✚ Apoyar el servicio social comunitario en campo.
- ✚ Promover la investigación.
- ✚ Impulsar y reconocer la práctica médica con apoyo de la herbolaria.
- ✚ Promover la participación de la mujer.
- ✚ Establecer alianzas entre los diferentes actores sociales.
- ✚ Fortalecer los procesos de organización local.

SADEC trabaja en 2 regiones de Chiapas: las cañadas y la selva. En cada una de estas se ha diseñado un proyecto de manera conjunta con autoridades y comité de salud, que contemplan desde el proceso de formación de personal local en el área de la salud hasta la creación de infraestructuras básicas. Todo ese proceso forma parte de una iniciativa de las comunidades en interacción con organizaciones sociales.

Cada una de las subregiones cuenta con una clínica autónoma donde participan médicos/ as y estomatólogos /as en servicio social, que operan como centros de referencia para una red de casa de salud comunitarias localizadas en las periferias y atendidas por promotores de salud en su mayoría. Además, cuenta con un comité de salud regional, integrado por representantes de las comunidades quienes coordinan el trabajo de salud. Cada subregión cuenta con: promotores de salud, comité de salud comunitaria, comité de salud regional, casas de salud y farmacias comunitarias.

En cada región se llevan a cabo los siguientes programas: vacunación, control del niño sano, control prenatal, atención de partos, detección de cáncer cervicouterino, control de pacientes crónicos, traslados de pacientes. En algunas de las regiones también se llevan cabo programas dentales como: campañas de prevención, aplicación de flúor, control de enfermedad periodontal en pacientes crónicos, tratamientos de restauración y endodoncia.

Universidad Autónoma Metropolitana

Fundada en 1974, es una de las universidades públicas de la Ciudad de México. La institución tiene como propósito estar profundamente ligada al entorno social y humano, conservándose a la

vanguardia en constante investigación y reinención de la educación superior. Al ser un organismo público autónomo descentralizado del Estado, está basado en los principios de libertad de cátedra y de investigación, e inspirado en todas las corrientes del pensamiento.

Como integración dicha universidad exige un servicio social para todos sus egresados, el servicio social es el conjunto de actividades realizadas por los alumnos o egresados en beneficio de la sociedad y el Estado. Su cumplimiento es obligatorio y deberá ser realizado como requisito previo para obtener el título de licenciatura.

El servicio social permite aplicarlo en dos periodos al año; siendo en febrero y agosto donde SADEC es una de las organizaciones donde los egresados de la UAM pueden aplicar el servicio social, es así como SADEC se integra por médicos, estomatólogos y en algunas ocasiones por personal de enfermería de la UAM; de igual manera recibe voluntarios de otros países en períodos de uno o dos meses y que se integran a las diferentes disciplinas y subregiones de las clínicas autónomas.

En la selección de servicio social agosto 2022, después de haber concluido mis estudios, la Universidad Autónoma Metropolitana lanzó la convocatoria en donde se solicitaban pasantes para cubrir las plazas en Chiapas, después de un proceso de selección, fui aceptada por SADEC para realizar mi servicio social en Chiapas.

A mi llegada ya había un equipo de trabajo en la ONG ubicada en Palenque, Chiapas donde la función principal como ya se ha mencionado es el apoyo a pasantes de servicio social. Las comunidades donde se presta el servicio son: San Jerónimo Tulijá, Arroyo Granizo, La Garrucha (caracol) y Las Tazas donde posteriormente me integraría al igual que en las otras plazas excepto en Arroyo Granizo. En su momento, mi generación se integró 2 médicos para el área y 2 estomatólogas para el área dental.

Las actividades y la dinámica del servicio social en comunidad son en un periodo de 17 a 25 días en campo donde se realiza consulta diariamente, campañas de prevención en la comunidad y en comunidades aledañas, acompañamiento de traslado médico. En mi caso me fue integrada la labor de impartir clases para una promotora dental (en Las Tazas) aún en formación con bibliografía de manuales para promotores, Donde no hay dentista y cursos básicos para promotores. Posteriormente decidí iniciar la alfabetización de 2 personas y la formación de un nuevo promotor dental en San Jerónimo Tulijá.

El ambiente SADEC lo podría describir como el de una “familia”, ya que en este espacio compartimos y conocemos historias nuevas, puntos de vista y estilos de vida completamente

diferentes pero sobre todo encuentras nuevos amigos con los que a final de mes puedes olvidarte de las consultas, de los traslados, etc.

Los talleres que se imparten, están enfocados a las situaciones que se experimentan en el espacio de trabajo con la finalidad de aclarar dudas, reforzar y compartir conocimientos, experiencias y puntos de vista así como opciones de tratamiento, etc. Estas reuniones SADEC constan de 3 días en donde no solo se abordan temas médicos y sociales, sino que están abiertas para compartir los problemas de cualquier índole y así, los encargados buscarán dar una solución e inclusive se organizan actividades en grupo para la recreación y así, fomentar la convivencia en el grupo.



Taller asistencia y atención de parto. KLMP, DICIEMBRE 2022.



Taller urgencias obstétricas. KLMP, FEBRERO 2023.



Visita a cascadas de Roberto Barrios en día de descanso. KLMP, AGOSTO 2022.



Coloquio vinculación universidad – sociedad “La UAM en Chiapas” KLMP, OCTUBRE 2022.

SEGUNDA SECCIÓN: DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO

INTRODUCCIÓN

El presente diagnóstico realiza el análisis del periodo que abarca Agosto 2022 a Marzo 2023 mostrando información estadística de los municipios de Ocosingo y Chilón respectivamente ya que en estos se ubican las comunidades en las que se colaboró. Presentando datos de información obtenida en años posteriores del censo 2020, datos actualizados del 2021 y algunos del 2022.

Chiapas es un estado caracterizado por una población pluricultural y multilingüe, donde doce lenguas indígenas están reconocidas de manera oficial, sin embargo, también es una de las entidades mayores tasas de pobreza y marginación. En términos de población, Chiapas ocupa el octavo lugar a nivel nacional con 5,543,828 millones de habitantes en 2020, bajó 1 lugar con respecto a 2010. **(INEGI, 2020)** Chiapas tenía aproximadamente 440,000 habitantes en 1910, lo que significa que casi cuatro veces se duplicó esta cifra, este crecimiento representa todo un reto para los servicios de salud en términos cualitativos como cuantitativos. **(CONAPO, 2016)**

La salud ha estado por años en debate, al ser reconocida como un derecho humano ocupa un espacio importante en las constituciones, leyes y programas de los países de todo el mundo; los cuáles han ratificado tratados en los que se reconoce la necesidad de su cumplimiento. El derecho a la salud tiene una gran cantidad de propuestas que definen su alcance, en nuestro país el derecho a la salud fue consagrado por primera vez en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el 3 de febrero de 1983, cuando el DOF publicó la reforma al art. 4º constitucional.

El texto del artículo quedó como sigue:

“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 esta Constitución.”

Por ello en esta segunda sección se analizarán documentos oficiales y artículos electrónicos relacionados con el derecho a la salud en las comunidades indígenas a nivel mundial, nacional, federal y las propuestas del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), ubicándonos en las comunidades en donde se realizaron actividades en el periodo correspondiente al servicio social. Por otro lado, se realizará una revisión de casos clínicos de los motivos de consulta más comunes durante mi estancia en las clínicas autónomas, posteriormente hablaré brevemente sobre lo ya mencionado.



**Mural en C.A.Z. “De Los Pobres”, Las Tazas, Ocosingo, México.
KLMP, AGOSTO 2022.**

“Cualquier política nacional de atención médica exitosa debe priorizar la prevención y proporcionar cobertura universal gratuita.”

Motivos de consulta más comunes, vistos en el período de servicio social

Caso clínico 1 C.A.Z. “De Los Pobres”

Paciente femenina de 39 años de edad

Alergias: No refiere

AHF: No refiere

APP: Diabetes mellitus e hipertensión

Motivo de consulta: “Tengo los tronquitos de mis dientes y me lastiman porque ya no me dejan comer y quiero que me los saque”

A la exploración intraoral se observa la ausencia de 9 piezas dentarias, 7 restos radiculares, 2 piezas dentales sin lesión cariosa, recesión e inflamación gingival generalizada, proceso infeccioso que provoca exudado en zona vestibular de la pieza dentaria 3.6, cálculo dental y placa dentobacteriana.

Al concluir con la exploración intraoral, se escuchó y se habló con la paciente y su esposo sobre la importancia de la salud bucal y su relación con las enfermedades previamente diagnosticadas; se explicó a detalle su diagnóstico y su plan de tratamiento el cual fue elaborado tomando en cuenta las necesidades y la opinión de la paciente, resolviendo todas y cada una de sus dudas tanto de ella como de su acompañante. De igual manera, se hizo hincapié en acudir a consulta y valoración médica de manera periódica para mejorar su estado de salud en general, evitar complicaciones durante la rehabilitación oral y obtener resultados óptimos y favorables.

Como un acuerdo en común con la paciente, la rehabilitación oral, se inició realizando los tratamientos menos invasivos hasta concluir con los tratamientos quirúrgicos, todo esto con la finalidad de generar un ambiente cómodo y de confianza para fortalecer la relación estomatóloga – paciente para instruir y educar a la paciente desde la prevención y que poco a poco, en conjunto del tratamiento farmacológico indicado por el MPSS, ella misma estuviera consciente de los resultados hasta lograr el objetivo.

Diagnóstico: Edentulismo parcial, gingivitis y periodontitis crónica generalizada, absceso periapical con fístula en las piezas dentarias 3.7, 3.6, 3.5, 2.6 y 1.5.

Tratamiento: Farmacoterapia, eliminación de cálculo dental, limpieza dental, técnica de cepillado, exodoncia de restos radiculares además de realizar enjuagues de agua tibia con bicarbonato y sal

o con té de manzanilla. En todo momento se llevó control y monitoreo de los niveles de glucosa y presión arterial del paciente, se realizaron interconsultas con el MPSS en turno.

Fue impactante para mi darme cuenta que la población indígena no tiene orientación preventiva cuando se trata de la salud, siendo más arraigado en temas de salud bucal. Como en la mayoría de los casos, las personas a menudo buscan atención sólo cuando hay un problema, sienten dolor y por lo general ya es demasiado tarde, el detalle está en que las intervenciones avanzadas para salvar una pieza dental casi perdida como la endodoncia y la prótesis dental, son comunes y de fácil acceso en zonas urbanizadas pero para las comunidades indígenas, representan un privilegio del cual solo pueden gozar las personas que cuentan con los recursos económicos.

Caso clínico 2 C.A.Z. “Murcia Elisa Irina Sáenz Garza”

Paciente masculino de 94 años de edad

Alergias: No refiere

AHF: No refiere

APP: No refiere

Motivo de consulta: “Siento frío en mis dientes, ya no puedo comer mucho porque tengo un diente roto y quiero que me revise y me lo quite”

A la exploración intraoral se observa la ausencia de 3 piezas dentarias, 1 resto radicular, 9 piezas dentarias con atrición dental, recesión e inflamación gingival generalizada, cálculo dental y placa dentobacteriana.

Al concluir con la exploración intraoral, se habló con los familiares del paciente sobre la importancia de mantener una buena higiene bucal y las consecuencias de una higiene deficiente, se explicó a detalle el diagnóstico y el plan de tratamiento el cual fue elaborado tomando en cuenta las necesidades y la opinión del paciente, resolviendo todas y cada una de las dudas de los familiares. De igual manera, se realiza la sugerencia de acudir a consulta y valoración médica para descartar cualquier padecimiento de salud.

Tras haber tomado en cuenta la decisión del paciente y platicar con los familiares, se decidió que la rehabilitación oral solo consistiría en realizar solo los procedimientos correspondientes a la prevención, todo esto con la finalidad de generar un ambiente cómodo y de confianza para

fortalecer la relación estomatóloga – paciente y de esta manera, orientar a los familiares sobre la higiene de su padre para prevenir enfermedades bucodentales y mejorar su calidad de vida.

Diagnóstico: Edentulismo parcial, atrición dental, gingivitis y periodontitis crónica generalizada,

Plan de tratamiento: Eliminación de cálculo dental, limpieza dental, técnica de cepillado, exodoncia de resto radicular además de realizar enjuagues de agua tibia con bicarbonato y sal o con té de manzanilla.

Tratamiento: Eliminación de cálculo dental, limpieza dental, técnica de cepillado, realización de enjuagues de agua tibia con bicarbonato y sal o con té de manzanilla.

Con este caso en particular podemos darnos cuenta que la calidad de vida de un adulto mayor está influenciada por el estado de su salud bucal; la dentadura es de gran relevancia en la estética y comunicación oral, teniendo por consecuencia, una gran afectación en las relaciones interpersonales y por ende en su autoestima, la cual se ve disminuida por la pérdida dental.

Solemos pensar que los únicos factores que forman parte de nuestra salud bucal son el cepillarse todos los días, usar hilo dental, enjuague bucal y asistir periódicamente a consulta con el odontólogo pero no es así, existen aspectos más profundos que influyen en el comportamiento y que repercuten directamente en nuestra salud en general.

Bien es sabido que las personas provenientes de familias de bajos recursos, criados en zonas rurales no solo en México sino en todo el mundo, sufren una carga mayor de enfermedades bucales, lo que aumenta la disparidad en la salud entre algunas poblaciones desfavorecidas como es la población indígena.

Los factores contribuyentes a estas patologías bucodentales incluyen la falta de flúor en el agua en la comunidad, desconocimiento de los aditamentos dentales para complementar la higiene oral, el alto costo de la atención dental y el acceso limitado a los seguros dentales. Las creencias, valores y prácticas culturales también suelen estar implicadas como causas de las disparidades en la salud bucal. De hecho las influencias culturales se superponen con la alfabetización en salud dental, el estatus socioeconómico y la experiencia personal de formas inimaginables, pero es posible identificar algunas creencias comunes y prácticas alrededor de la salud bucal que se basan en la cultura y son significativamente diferentes de la medicina dental que conocemos actualmente.

Caso clínico 3 C.A.Z. “Jesús de La Buena Esperanza”

Paciente masculino de 4 años de edad

Alergias: No refiere

AHF: No refiere

APP: No refiere

Motivo de consulta: “Se le picaron todos los dientes, tiene mucha fiebre y ya no puede comer, creo que le duelen porque llora mucho y está hinchado”

A la exploración intraoral se observa lesiones cariosas en todas las piezas dentarias, proceso infeccioso e inflamación en la zona anterior superior y cuadrante inferior derecho.

Al concluir con la exploración intraoral, se habló con los padres del paciente sobre la importancia de crear hábitos de higiene oral desde la edad temprana y las consecuencias que conlleva el no mantener una higiene adecuada (caries, pérdida dental prematura, dolor, absceso, etc.), se explicó a detalle el diagnóstico y el plan de tratamiento el cual fue elaborado tomando en cuenta las necesidades y la opinión de los padres del paciente, resolviendo todas y cada una de sus dudas. Después de haber tomado en cuenta la decisión de los padres del paciente y platicar con ellos, se hizo énfasis en que la responsabilidad de instruir e incentivar a mantener una buena higiene oral al niño, es exclusiva de ellos.

Se intentó persuadirlos a iniciar lo más pronto posible la rehabilitación oral de su hijo pero al final decidieron solo tratarlo con farmacoterapia a lo cual accedí con la finalidad de generar un ambiente cómodo y de confianza para fortalecer la relación estomatológica – paciente y de esta manera, orientar a los padres sobre la higiene de su hijo para prevenir que se agravara el padecimiento actual, evitar otras complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente.

Diagnóstico: Caries de biberón, abscesos, lesiones cariosas activas cavitadas, movilidad dental, halitosis y necrosis pulpar.

Tratamiento: Farmacoterapia ya que los padres rechazaron las alternativas de tratamiento para la rehabilitación de su hijo, motivo por el cual se instruyó sobre la técnica de cepillado, alimentación balanceada y se les dio las recomendaciones necesarias para disminuir el consumo de productos azucarados.

A pesar de que la caries dental es la enfermedad crónica infantil más común a nivel mundial, continúa sorprendiendo la frecuencia con la que los padres de los niños hacen preguntas o expresiones como *“no importa que se le piquen los dientes de leche”* o *“¿las caries en los dientes de leche se tratan?, si luego se caerán y saldrán los definitivos, ¿para qué?”*

Día tras día, acuden a consulta dental más niños con caries en estadíos avanzados y niños cada vez de más de corta edad con la denominada caries temprana de la infancia, todo esto se debe a la falta de información sobre el buen cuidado y la importancia de la dentición temporal.

Los dientes temporales comienzan a aparecer alrededor de los 6 meses de edad y a partir de los 6 años, el niño empieza a hacer el recambio dental y generalmente es a los 12 años es cuando se produce la caída de las últimas piezas dentales temporales, aunque cada niño lleva un ritmo diferente. Durante todos estos años, los dientes temporales deben permanecer en el mejor estado posible, no sólo para que el bebé o niño pueda sonreír, sino también por muchos otros motivos.

De lo contrario, como en este caso clínico cuando se altera la salud bucal por la presencia de dolor e infección por caries, gingivitis o alteraciones funcionales de la oclusión, esa armonía se rompe y disminuye la calidad de vida del paciente.

El desbalance se produce cuando la dieta es alta en azúcares y no hay una buena higiene oral. Por eso la importancia de iniciar el cepillado dental desde la erupción del primer diente.

Este caso también captó mucho mi atención porque como mencioné anteriormente, la población en general no tiene conocimiento sobre el buen cuidado y la importancia de la dentición temporal. Como en la mayoría de los casos, los padres de familia a menudo buscan la atención dental para sus hijos sólo cuando ya hay un problema como la presencia de dolor, inflamación y en la mayoría de las ocasiones, destrucción dental. Las intervenciones para salvar una pieza dental temporal casi perdida como la pulpectomía y las coronas de acero cromo, entre otras opciones, son comunes y de fácil acceso en zonas urbanizadas pero para las comunidades indígenas, representan un privilegio del cual solo pueden gozar las personas que cuentan con los recursos económicos.

Para concluir es importante saber que el cuidado sanitario es una construcción cultural que surge de las creencias sobre la naturaleza de la enfermedad y el cuerpo humano, agregado a esto las cuestiones culturales son fundamentales para enfocarse en la atención preventiva eficaz, sin mencionar la intervención de enfermedades tanto médicas como odontológicas.

El vínculo entre nosotros como estomatólogos y los niños, adquiere cada vez más importancia en la reducción de las disparidades generales de salud, es sumamente importante considerar los aspectos culturales en la salud bucodental buscando conductas, prácticas de higiene y creencias sobre la relación entre los dientes y la salud en general.

Dado que la caries dental puede comenzar tan pronto como los dientes inician a erupcionar, las estrategias de salud oral preventiva deben dirigirse a los niños cuando la transmisión de bacterias orales de madre a hijo comienza y los hábitos alimenticios se establecen, debido a las condiciones, lo ideal es que los bebés sean vistos por un dentista general (preferentemente odontopediatra) con frecuencia durante los dos primeros años de vida, siendo una oportunidad perfecta para que nosotros como estomatólogos promovamos la salud oral sentando las bases del cuidado dental para las generaciones futuras.

Por otro lado, es importante mencionar que en cada situación clínica, se tomó en cuenta el uso de la medicina tradicional indígena y se respetó la práctica médica tradicional, dando apoyo y difusión al uso de las hierbas medicinales, al retorno a una dieta más saludable y se incorporó la enseñanza bilingüe bicultural para el reconocimiento del valor de la medicina indígena.

Haciendo un breve análisis de lo que dice la OMS sobre los determinantes sociales de la salud, se deriva una primera reflexión: el reto de eliminar las desigualdades en la salud es una tarea que requiere de políticas y programas de todos los sectores clave de la sociedad, no únicamente del sector sanitario.

Como ya se sabe, la superación de las desigualdades en la salud y la equidad en ella, no puede entenderse sólo en términos de distribución igualitaria de la atención sanitaria. Esta reflexión no disminuye la importancia de las acciones que deben ponerse en marcha desde el interior del propio sistema sanitario y que implican directamente a sus profesionales en su relación directa con los pacientes y la población. Se trata de niveles de actuación diferentes en el abordaje de las desigualdades sociales en la salud. **(Sen, 2002)**

Estos casos clínicos ejemplifican situaciones similares que se vieron durante la estancia en el estado de Chiapas y que son frecuentes, estos pacientes tienen un punto en común a pesar de que pertenecen a diferentes comunidades y recibieron atención dental en alguna clínica autónoma zapatista.

Estos pacientes no cuentan con ningún servicio de salud que no sea el privado y a pesar de haber asistido a una clínica de salubridad, no se les brindó la atención por los siguientes motivos:

- ✚ No está afiliados a ningún programa de salud federal.
- ✚ No cuentan con el sustento económico suficiente para asistir a consultorios privados.
- ✚ El lenguaje como barrera de la comunicación con el personal de salud y de la institución receptora.
- ✚ Ausencia del servicio de odontológico o de cirujano dentista en turno.
- ✚ Limitación de insumos e instrumental para la realización de tratamientos básicos y/o de especialidad.
- ✚ Persistencia y aumento de problemas de salud pública (como la caries dental) debido a que principalmente las políticas públicas para su atención están centradas en el tratamiento y restauración y no en fomentar programas de prevención.
- ✚ La percepción de la salud bucal de la población es influenciada por varios determinantes, como las creencias, mitos, costumbres y miedos respecto al tratamiento bucodental, debido a una carencia o mala información.

Como consecuencia, tenemos pacientes con diagnósticos, pero sin tratamiento o con tratamientos incompletos o inadecuados. Es así como los pacientes deben viajar varias por horas, de comunidad en comunidad y pagar con sus propios recursos las consultas y tratamientos en consultorios privados o en este caso, asisten a alguna C.A.Z. optando por elegir tratamientos rápidos y “baratos” como la exodoncia sin pensar en las repercusiones que la pérdida dental prematura de algún órgano dental puede traer más adelante.

Situación que me lleva a cuestionarme si realmente en nuestro país y específicamente en el estado de Chiapas, ¿Se está ejerciendo el derecho a la salud?, porque si la salud es pública, gratuita y no discrimina, ¿Por qué no se ejerce el derecho a la salud en la población indígena?...

MARCO TEÓRICO

SALUD

La OMS define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Para llegar a este estado y garantizarlo como derecho fundamental, es necesaria la articulación de diferentes entes y políticas en relación con los determinantes sociales de la salud, teniendo en cuenta el principio de integralidad en donde todos los derechos humanos son indivisibles e interdependientes. **(OMS, 2006)** A partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos emitida por la OMS en el año de 1948 se da por entendido que todo ser humano tiene el derecho de conservar su salud, y en caso de esta verse afectada, contar con los medios necesarios para curarse. **(OMS, 1948)** Por lo tanto, si pensáramos en conservar la salud, ya sea de un individuo o de una población entera, tendríamos que detenernos a pensar en si todas estas necesidades se cumplen de manera adecuada y de forma universal. **(OMS, 1966)**

“La salud es construida y vivida por las personas en su ambiente cotidiano, donde ellas trabajan, aprenden, juegan y aman.” Carta de Ottawa

DERECHOS HUMANOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) como organismo responsable de vigilar el bienestar de las y los ciudadanos de las naciones, elabora directrices y normas sanitarias para abordar las cuestiones de salud pública, que ayudan a afrontar los problemas sanitarios y mejorar el bienestar sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión. En el documento de La Declaración Universal de Derechos Humanos en los artículos 1 y 2 respectivamente, se hace mención que toda persona tiene los mismos derechos y libertades, a un nivel de vida adecuado que asegure, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole. Para ello se debe tener en cuenta la importancia de las particularidades nacionales y regionales, así como de los diversos patrimonios históricos, culturales y religiosos, pero los estados tienen el deber, sea cuales fueren sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos, que no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino también a los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia y

potable, a las condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Se debe contar con un número suficiente de establecimientos y servicios públicos de salud en zonas estratégicamente ubicadas y con una infraestructura equipada para que se pueda atender a la población, teniendo en cuenta a los grupos vulnerables o marginados los cuales debe contar con profesionales capacitados para la atención del paciente y el familiar, y dar una atención de calidad a toda la población sin discriminación. Se debe tomar en cuenta factores determinantes basándose en el principio de equidad, a fin de asegurarse que esos servicios, sean públicos o privados estén al alcance de todos. Es necesario considerar en las políticas y programas la promoción y protección de los derechos a la educación y el derecho a buscar, recibir y difundir información e ideas relativas a las cuestiones de salud, incluyendo las diferencias de género y reconocer que los factores biológicos y socioculturales influyen considerablemente en la salud de hombres y mujeres.

DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

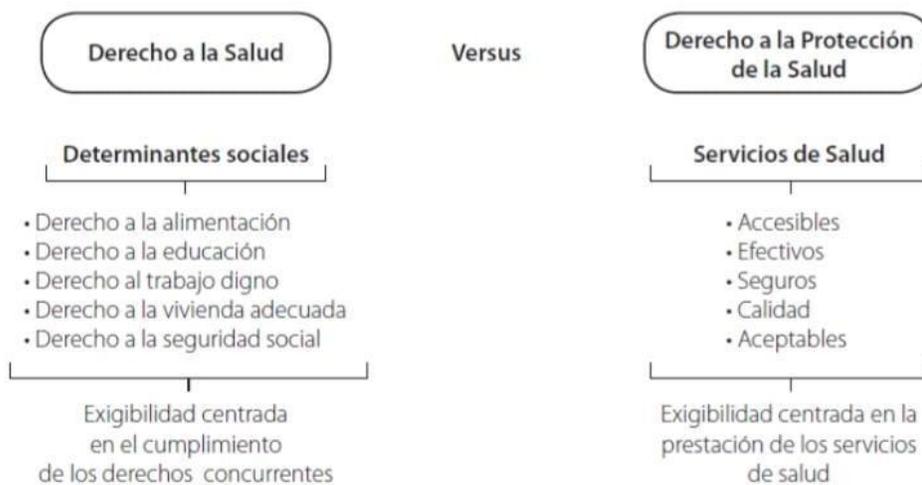
Una vez reconociendo que los pueblos indígenas son sociedades originarias, diversas y con identidad propia que han pasado por injusticias históricas como resultado de la colonización y de haber sido despojados de sus tierras, territorios y recursos, lo que les ha impedido ejercer en particular, es el derecho al desarrollo de conformidad con sus propias necesidades e intereses. Los pueblos indígenas tienen derechos en forma colectiva e individual al goce pleno de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, para que puedan vivir con dignidad, mantener y fortalecer sus propias instituciones, culturas y tradiciones, así como también, el derecho a la educación, salud, empleo, preservación de su lengua y a la búsqueda de su propio desarrollo el cual está determinado libremente de conformidad con sus propias necesidades e intereses disfrutando así del más alto nivel posible de salud física, mental y espiritual; así como al uso y la protección de la flora, fauna y otros recursos naturales de uso medicinal en sus tierras y territorios ancestrales.

Asimismo, los estados en consulta y en coordinación con los pueblos indígenas promoverán sistemas o prácticas interculturales en los servicios médicos y sanitarios que se provean en las comunidades indígenas, incluyendo la formación de técnicos y profesionales indígenas de salud.

(CNDH, 2015)

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental establecido desde 1948 por la ONU, reconocido por múltiples tratados regionales y por numerosas constituciones nacionales e internacionales. En México fue incorporado parcialmente en 1983 en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como el “*Derecho a la Protección de la Salud.*”

El derecho al más alto nivel posible de salud requiere un conjunto de normas sociales que promuevan la salud para todos, incluido el acceso a los servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El disfrute del derecho a la salud está estrechamente relacionado con otros derechos humanos como el derecho a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación. **(OMS, 2019)** El derecho a la salud también se encuentra estrechamente ligado al derecho a la protección de la salud, así que podríamos decir que el derecho a la salud está ligado a las determinantes sociales de la salud, mientras que el derecho a la protección de la salud lo está a los servicios disponibles.



Diferencias entre el Derecho a La Salud y el Derecho a la Protección de la Salud.

A pesar de ello, para la mayoría de los mexicanos ni las condiciones de salud ni el acceso a los servicios se encuentran satisfechas, aún existen alrededor de 10 millones de mexicanos sin acceso a los servicios de salud. Se aprecia que el derecho a la salud no sólo se restringe en la atención médica, sino que se está basando en otros elementos que promuevan las condiciones que permitan a las personas vivir dignamente, lo cual ocurrirá tras lograr el cumplimiento de ciertas facilidades, bienes y servicios que se relacionan con el ejercicio de otros derechos; dejando a un lado como lo menos importante, la salud bucal. **(López, 2012)**

Así, garantizar la aplicación del derecho a la salud es responsabilidad de los gobiernos, que en su deber queda de crear políticas, estrategias y programas para la mejora del goce de dicho derecho, bajo los criterios que señala la Observación General 14 del CDESC, que son:

 **Disponibilidad:** Cada Estado deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como programas.

En las zonas rurales del país el desafío es significativamente mayor respecto de las regiones urbanas en términos de infraestructura y servicios de salud. El 97.7% de las unidades para hospitalización se encuentra en los espacios urbanos, lo que implica que las regiones rurales albergan a menos del 5% de los hospitales. Las instituciones públicas del INSABI y el IMSS tienen en conjunto sólo 24.6% del total de unidades hospitalarias (el resto son hospitales privados), y atienden a aproximadamente 99 millones de personas, de acuerdo con cifras del CONEVAL 2020. México fue el segundo país con un menor nivel de camas de hospital por cada 1,000 habitantes de todos los países de la OCDE, sólo por debajo de India, con una tasa de 1.5 camas por cada 1,000 mexicanos.

Además de las carencias en unidades y material, también existen bajos niveles de recursos humanos. En el país no se tiene ni siquiera un médico general por cada 1,000 habitantes, la media es 0.88; si se consideran los médicos especialistas se observa un grado menor, con una tasa de 0.71 por cada 1,000 personas.

 **Accesibilidad:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud, deben ser accesibles con las características de no discriminación, accesibilidad física, económica y acceso a la información.

En México aproximadamente cinco millones de personas presentan un nivel muy bajo o nulo de acceso a instituciones de salud pública debido a que viven en comunidades rurales aisladas que no se encuentran cercanas a carreteras. El acceso oportuno a la atención médica representa otra problemática ya que cada 2 de cada 100 mexicanos tardarían más de dos horas en llegar al hospital más cercano en caso de una emergencia. El promedio nacional es de poco más de media hora (35.4 minutos), pero varía dependiendo de la institución. Los hospitales son a los que más tiempo se tarda en llegar (53.4 minutos) mientras que lo más rápido sería acudir al consultorio de alguna

farmacia (22.8 minutos).

Otro de los impedimentos para el desarrollo del sector salud es la baja ineficiencia de los recursos económicos destinados a la salud. Durante el 2016, además, el gasto público destinado a la salud de los mexicanos fue el más bajo de todos los países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos). Esta situación produce que las personas con menores ingresos estén económicamente excluidas del sistema de salud. Hasta ahora México destina menores recursos a la salud que países como Letonia, Lituania, Turquía, Corea del Sur, Polonia, Israel, Estonia y Chile. **(CONEVAL 2020)**

✚ **Aceptabilidad:** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud, deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.

✚ **Calidad:** Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud, deberán ser de buena calidad, así como apropiados, desde el punto de vista científico y médico.

Uno de los indicadores más importantes que sugieren el estado de la seguridad de los pacientes al recibir atención médica pública es el tiempo de espera en las salas de urgencias. Hasta el 2017, el promedio nacional que tarda un paciente en ser atendido en urgencias es de 30.2 minutos y si se considera sólo el IMSS el tiempo de espera incrementa hasta 51 minutos, de acuerdo con cifras del Coneval. La mayoría de los casos de negligencia médica evidenciados se identificaron en el sector público, otro indicador de que la calidad del sistema de salud en México podría mejorarse.

El derecho a la salud incluye libertades y derechos:

✚ La libertad incluye el derecho de las personas a controlar su salud y su cuerpo y a estar libres de interferencias (como la tortura y el tratamiento médico y la experimentación no consentidos).

✚ Los derechos incluyen el derecho a utilizar un sistema de protección de la salud que brinde a todas las personas la misma oportunidad de disfrutar del más alto nivel posible de salud. **(OMS, 2019)**

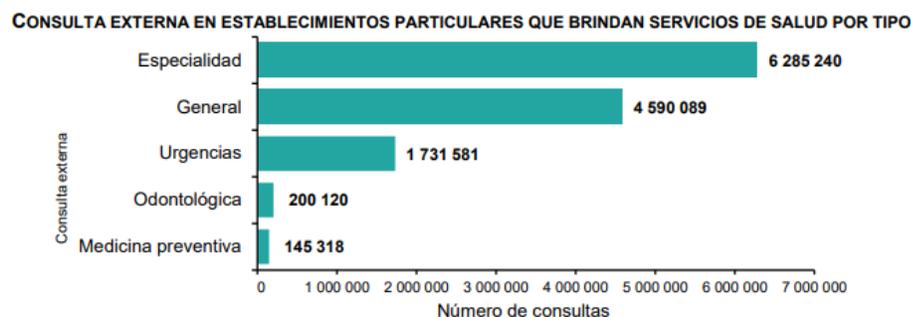
La atención médica – dental a las comunidades más alejadas de Chiapas, es la esperanza y la diferencia entre la vida y la muerte, porque en estas zonas en sus clínicas rurales no existe la innovación tecnológica, los insumos y el personal necesario que podemos encontrar en las zonas urbanas.

Ubicándonos en las comunidades en donde se brindó atención dental, se sabe que la infraestructura hospitalaria está muy alejada de los usuarios, incluso los habitantes de los poblados más lejanos improvisan camillas las cuales son elaboradas con palos, sábanas, hamacas o cajas de cartón para lograr llevar a los enfermos en busca de atención médica recorriendo miles de kilómetros hasta llegar al hospital más cercano.

En Chiapas existe un médico por cada 706 habitantes pero al referirse a médicos especialistas, la entidad registra la tasa más baja, con 35.9 médicos por cada cien mil habitantes. **(INEGI, 2017)**

No existe suficiente información actualizada referente a los profesionistas de la odontología en México que exprese un panorama amplio con respecto a la situación del gremio, sin embargo, la atención odontológica en la mayoría del país se brinda a través de establecimientos particulares que prestan servicios de salud.

Los servicios ambulatorios con más demanda en los establecimientos particulares fueron los de consulta externa. Destacando la consulta de especialidad, con 6 285 240 (48.5 %), seguida de la consulta general, con 4 590 089 (35.4 %) y la de urgencias, con 1 731 581 (13.4 %). Las de menor demanda fueron la consulta odontológica y la de medicina preventiva. En conjunto, las dos anteriores alcanzaron 2.7 por ciento. **(INEGI, 2021)**



Fuente: INEGI. Estadísticas de salud en establecimientos particulares, 2021.

La historia se repite día a día, año con año sin importar las estrategias empleadas para mejorar la atención y calidad de los servicios de salud... no se está garantizado el acceso a la salud para toda

la población, tampoco medicamentos gratuitos, personal médico y de enfermería, infraestructura y equipamiento, no existen en las zonas marginadas. La falta de medicamentos es visible incluso en las zonas urbanas, en las ciudades donde se concentran los hospitales más importantes y con atención más especializada.

Es importante recalcar que, Chiapas cuenta con la menor cantidad de profesionales de la salud con especialidad, y los que más se requieren son médicos rurales o comunitarios, ya que es sabido desde hace tiempo que, en las comunidades más alejadas de las cabeceras municipales, los servicios de salud son prácticamente nulos.

En México hace falta que se realice un diagnóstico detallado de la situación de las unidades médicas y hospitalarias por parte de las autoridades, con la finalidad de establecer acciones para dar cumplimiento a la disposición presidencial de garantizar el acceso a la atención médica y medicamentos gratuitos para toda la población, sin importar etnia, género, religión, etc.

Dependiendo de cómo se apliquen las políticas y programas de salud, se pueden promover o violar los derechos humanos, especialmente el derecho a la salud. Tomar medidas para respetar y proteger los derechos humanos refuerza la responsabilidad del sector salud por la salud de todos, aunque frecuentemente somos testigos de cómo los grupos sociales más vulnerables y marginados son quienes tienen menor probabilidad de disfrutar del derecho a la salud.

La población indígena enfrenta las tasas más altas de enfermedad y dificultades significativas para acceder a una atención médica digna y de calidad. La mortalidad y la morbilidad en estos grupos son significativamente más altas que en la población general debido a enfermedades no transmisibles.

Estos grupos pueden ser víctimas de leyes y políticas que exacerban la marginación y dificultan el acceso a los servicios de prevención y atención.

Es importante saber que los pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud como:

SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

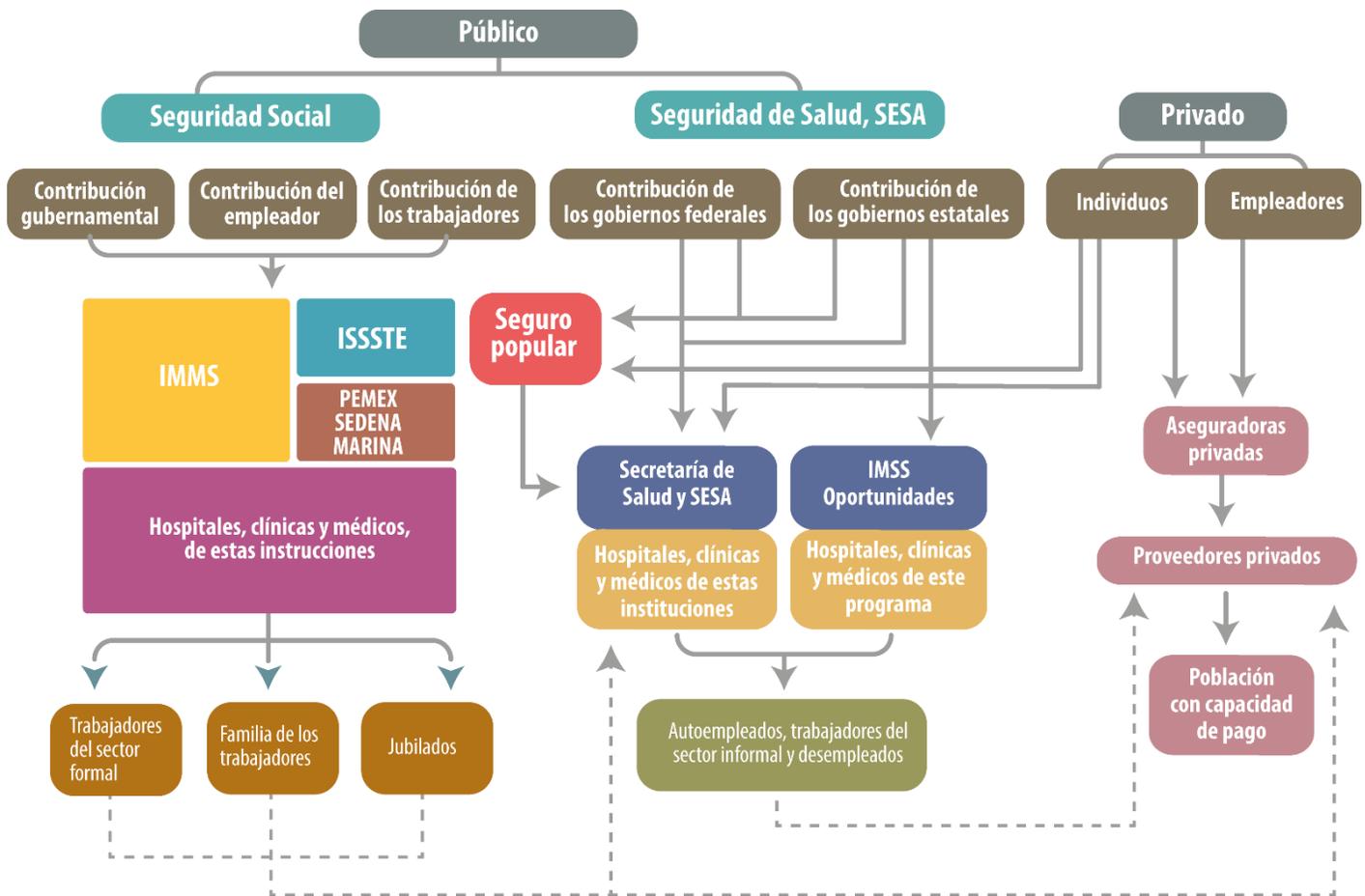
Para analizar el cumplimiento del derecho de la salud en todas sus formas y niveles, en el marco del artículo 12 del PIDESC, comprende ciertos elementos esenciales e interrelacionados que ya han sido mencionados con anterioridad (accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad). El Estado tiene la responsabilidad de asegurar la existencia de estos elementos para garantizar que la población pueda alcanzar el máximo nivel de salud posible.

El sistema de salud mexicano consta de tres componentes principales que operan en paralelo:

- ✚ Esquemas de seguro social basados en el empleo.
- ✚ Servicios de asistencia pública para los no asegurados.
- ✚ Un sector privado compuesto por proveedores de servicios y aseguradores desvinculados del sector público, así como de fabricantes y distribuidores de dispositivos médicos y de productos farmacéuticos.

Los planes de seguro social son administrados por instituciones nacionales centralizadas, mientras que la cobertura para la población no asegurada está a cargo de las autoridades y proveedores estatales y federales. La Secretaría de Salud financia y regula solo a los prestadores para población no asegurada mientras que las instituciones de seguro social se gobiernan de manera autónoma mediante leyes y acuerdos corporativistas que reflejan las realidades políticas de la década de 1940 más que las necesidades del siglo XXI.

El gasto público representa el 58 % del financiamiento total y las contribuciones privadas se componen principalmente de gastos de bolsillo, con baja participación de los seguros privados. Reconociendo las inequidades en el acceso creadas por su estructura segmentada, tanto la sociedad civil como el gobierno han procurado una mayor integración de la prestación de servicios en las instituciones públicas. No obstante, estas experiencias se han quedado lejos de lo requerido para responder a las necesidades de salud que afrontan las grandes mayorías.



Estructura del Sistema de Salud en México.



Nota: La suma de los porcentajes puede ser mayor a 100%, debido a la población que declaró estar afiliada a más de una institución de salud.
¹ Incluye a la población que declaró estar afiliada al Seguro Popular.

Población afiliada por institución, 2020.

Como se observa en el esquema, la población puede acceder a los servicios médicos ya sea por medio del sector público o privado. Para acceder a servicios de salud que son ofertados por proveedores de seguridad social, se debe contar con un trabajo formal.

Las condiciones actuales del sector dificultan el acceso efectivo de la población, en particular de los más vulnerables. La fragmentación del sistema de salud redundaba en ineficiencias en el sistema de salud pública y en la economía y en barreras al acceso a los servicios de salud en México. **(CONEVAL, 2012)** Actualmente se ha sustituido el Seguro Popular por el INSABI (*Instituto de Salud para el Bienestar*) que inició sus funciones el primero de enero de 2020 como un órgano descentralizado de la Secretaría de Salud.

El nuevo Instituto brinda servicios de salud gratuitos y de calidad a todas las personas que se encuentren en el país y no cuenten con seguridad social; se hará bajo criterios de universalidad, igualdad e inclusión.

A diferencia de otras instituciones, con el INSABI las personas sin seguridad social no necesitarán afiliarse ni pagar cuotas para recibir atención médica y medicamentos gratuitos; solo deberán presentar su CURP o acta de nacimiento.

POLÍTICAS DE SALUD ORAL

Las enfermedades crónicas (incluidas las orales) son las más comunes y costosas, pero también se encuentran entre las más prevenibles. **(SSA, 2014)** Es bien sabido que una mala salud bucodental afecta la morbilidad y no la mortalidad, durante muchos años la salud bucodental no fue considerada como una prioridad, pero en la actualidad se ha tomado en cuenta ante los reportes que muestran su asociación con las enfermedades transmisibles y la salud materno infantil pero sobre todo por el impacto que causan en la cuestión económica. Con la finalidad de reducir la carga de enfermedad y mejorar las condiciones de salud oral, diversos organismos fijaron metas que se debían de cumplir mediante la implementación de políticas masivas en salud oral abordando el tema de la prevención, promoción de la salud y vigilancia de la enfermedad; el eje de las estrategias empleadas fue el empleo de fluoruros (en el agua, sal, dentífricos, entre otros), los programas de educación en higiene y autocuidado. **(SSA, 2014)**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) fue quien estableció por primera vez en 1979 una meta mundial de salud bucodental de no más tres dientes cariados, perdidos o empastados (CPE) a los 12 años de edad y, dos años después, se agregaron cuatro metas más con la colaboración de un Grupo de Trabajo especial de la Federación Dental Internacional (FDI).

<i>Grupo de edad</i>	<i>Meta</i>
5-6 años 12 años	el 50% debe estar exento de caries dentales 3 ó menos dientes cariados, perdidos o empastados
18 años 35-44 años	el 85% debe conservar todos los dientes una reducción del 50% de los niveles de anodoncia observadas en 1981
65 ó más años	una reducción del 25% de los niveles de anodoncia observadas en 1981

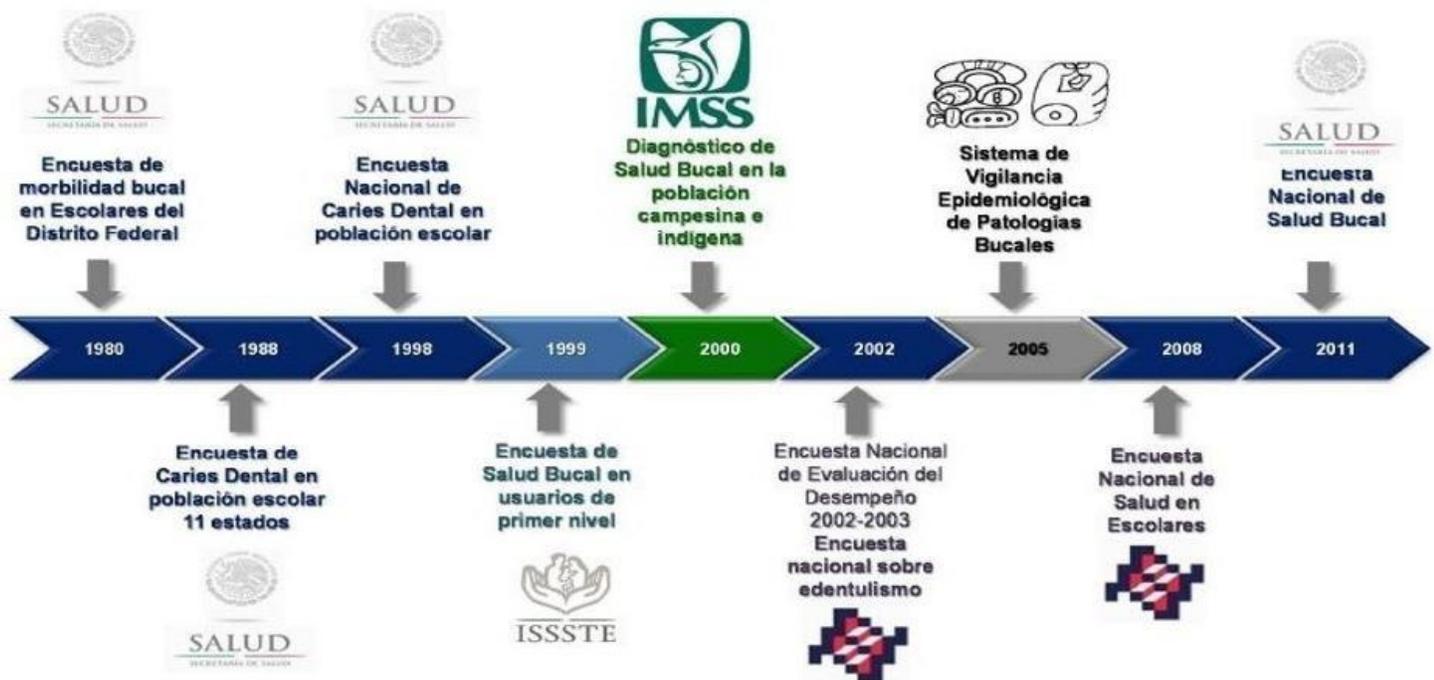
Metas mundiales en salud bucodental. Fuente: OMS, 1984.

Al examinar los resultados se concluyó que los objetivos habían sido alcanzados o excedidos en muchas poblaciones, pero en una gran parte de la población mundial aún siguen siendo sólo una aspiración lejana (**World Dental Federation, 2003**), tal es el caso de América Latina, donde las metas propuestas no fueron logradas por las desigualdades en salud entre los grupos sociales. (**Medina, 2006**)

La Organización Mundial de la Salud, la Asociación Internacional para la Investigación Dental (IADR) y la Comisión Científica de la Federación Dental Internacional (FDI) han considerado la reducción de las disparidades de salud bucal entre los diferentes grupos socioeconómicos de cada país y las desigualdades en la salud bucal de todos los países, como parte de las metas globales para la salud bucal 2020 (**García, 2015**), por medio de estrategias basadas en la investigación y orientadas hacia una prevención más eficaz de la morbilidad, potenciadas mediante la integración de la salud bucodental en la salud general, dando un mayor énfasis a las poblaciones que se ven más afectadas por las condiciones y enfermedades bucodentales. Las políticas de salud bucal en México han seguido con esta línea de estrategias, los primeros reportes datan en la década de los 60, cuando la SSA creó la Dirección de Odontología, con los objetivos principales de implantar procedimientos preventivos en los diferentes departamentos dentales de los Centros de Salud del país; difundir, especialmente a nivel escolar, los principios higiénicos para fomentar la salud dental; y estudiar la viabilidad de la fluoración del agua potable o de la sal de consumo, aunque los cambios administrativos y financieros en los siguientes años provocaron la desaparición de las primeras y únicas plantas fluoruradoras en México antes de que pudieran evaluarse sus logros. (**Medina, 2006**)

En la década de los 80, debido a que en el país no toda la población contaba con el servicio de agua intradomiciliaria, se normó y reglamentó la fluoruración de la sal (Norma Oficial Mexicana NOM-F-8-1988). En la década de los 90 se puso en marcha el modelo de salud bucal para escolares en las principales ciudades del país, se pretendía fomentar la adquisición de conocimientos y conductas relacionadas con la salud bucal, asimismo se publica la NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de las enfermedades bucales, mediante la operación de las acciones para fomento de la salud, la protección específica, el tratamiento, la rehabilitación y el control de las enfermedades bucales de mayor frecuencia. En 1996 se iniciaron las Semanas Nacionales de Salud Bucal, programándose dos para cada año, esta estrategia se realiza periódicamente en los 32 estados, dentro de las unidades clínicas y en escuelas de educación primaria, pero cada organismo participante es responsable de destinar el personal y recursos para el proyecto. En abril de 1998 el Programa de Salud Bucal fue incluido como programa prioritario en las políticas nacionales de salud.

Las instituciones educativas y de salud han realizado diversas encuestas con el fin de conocer los resultados de las estrategias empleadas y proporcionar información acerca de las enfermedades, pero la información aún es limitada



Fuente: SSA, 2014.

De acuerdo a los primeros reportes, la caries dental y la enfermedad periodontal son las enfermedades que destacan en la incidencia y prevalencia, para su disminución y atención se diseñaron dentro del Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006 las actividades de promoción de la salud bucal de la población; fortalecimiento de los programas institucionales a nivel nacional; intensificación de las actividades de salud bucal durante las dos Semanas Nacionales de Salud Bucal; promoción del desarrollo de investigaciones en salud bucal; ampliación de la cobertura del servicio estomatológico a zonas marginadas de difícil acceso aplicando el tratamiento restaurativo atraumático; fortalecimiento de la coordinación entre las áreas relacionadas con el Programa de Fluoruración de la Sal de Mesa. **(Medina, 2006)** A partir del 2003, en el Sistema Nacional de Cartillas de Salud se integró el rubro de la salud bucal en la sección de la salud de la mujer, el hombre y del adulto mayor, que son tres de los 4 elementos que conforman la cartilla. Dado al margen reducido de acción de los servicios de salud en el área dental que se observaron en las últimas encuestas, en los objetivos para el 2013-2018 el Programa de Salud Bucal busca promover la integración de la salud bucodental en la salud general, fortaleciendo la integración de las acciones de promoción de la salud bucal y la prevención de las enfermedades bucales, principalmente en los grupos vulnerables como son las niñas y niños en edad escolar, adultos mayores, personas con enfermedades crónico degenerativas, mujeres durante el embarazo, así como personas con discapacidad. Sin embargo, la posibilidad de que México logre un avance mayor en la reducción de las enfermedades bucales, como la caries dental y las enfermedades periodontales, dependerá en un futuro, de la posibilidad de extender las medidas de autocuidado de la salud como son, principalmente, el mejoramiento de los hábitos alimentarios e higiénicos, ambas situaciones determinadas por las condiciones socioeconómicas de la población. **(SSA, 2014)** El panorama de la nutrición y la alimentación en México se ha vuelto complejo, el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) colocó a México bajo una dependencia y le obligó a un cambio en el patrón de consumo alimentario que está generando mayor subordinación al mercado con efectos en la salud **(Villafuerte, 2015)**; la dieta se ha “modernizado”, se ha introducido un modelo de consumo basado en los alimentos ultra procesados altos en calorías, dejando poco a poco en el abandono la identidad y pertenencia a localidades rurales con dietas basadas en el maíz y cultivos locales de frutas y verduras. **(Álvarez, 2018)** Está demostrado que la alimentación influye sobre la aparición de la caries, pero esto no sólo depende del tipo de alimento, sino de la frecuencia y del momento en el que estos se tomen. Los aportes adecuados de calcio y fosfatos son determinantes a la hora de formación de los dientes, y

ello contribuirá en su futura resistencia frente a la caries. Por otro lado, si se ingieren hidratos de carbono y no se realiza una adecuada higiene oral, los azúcares fermentarán, produciéndose la caries como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana. **(López, 2012)** Los productos más cariogénicos son los que se encuentran dentro de los azúcares, los simples; como los alimentos retenidos más tiempo en la boca (chocolates, alimentos pegajosos, caramelos masticables, etc.) y también aquéllos que se ingieren entre las comidas o poco antes de irse a dormir sin realizarse la higiene bucal.

Los programas de atención, como Prospera que otorga una transferencia monetaria a las familias para estimular el aumento en la escolaridad y la visita a los centros de salud, se ha convertido en el único ingreso económico de varias familias que se destina a la compra de diversos productos y servicios, si bien existe un aparente aumento en el consumo de los hogares y facilidad de acceso a los alimentos, este incremento no siempre da como resultado una ingesta más saludable. **(Álvarez, 2018)**

En el caso de Chiapas, algunas familias destinan el mayor porcentaje de su ingreso en alimentos y bebidas no alcohólicas (38.4%) y se ha documentado el impacto del cambio drástico de las comidas tradicionales de algunas poblaciones rurales las cuales, por ejemplo, han sustituido el agua y el pozol por refresco y cerveza. **(Page, 2019) Jenatton, 2017**, estudió el enfoque de percepción social y económica de las bebidas en jóvenes de 4 escuelas secundarias de Chiapas, encontrando que éstos consideran que los refrescos son consumidos en su mayoría por personas con un nivel económico alto que tienen el dinero suficiente para gastar en estas bebidas, por otro lado, consideran al pozol como una bebida muy saludable, pero lo catalogan como una bebida para los pobres. Contrarrestar estas prácticas inducidas se mira complicado mientras se permita que las corporaciones sigan anteponiendo sus intereses por encima del daño que pueden causar, las alternativas que han propuesto diversas organizaciones es el de aumentar el gravamen a las bebidas azucaradas, regulación a las campañas de comercialización y un etiquetado adecuado.

AUTONOMÍA EN CHIAPAS DESDE EL MOVIMIENTO ZAPATISTA

El trabajo de salud que se ha realizado, forma parte de una propuesta de salud por parte de los pueblos originarios que tiene como antecedente el levantamiento zapatista de 1994, por esa razón es importante tener un referente general sobre este movimiento. Como ya se ha hecho mención, las C.A.Z. pertenecen al gobierno zapatista, desde este punto de partida se hará un pequeño recuento histórico que nos lleve a la actualidad en los servicios de salud autónomos en la zona.

¿Qué es el EZLN?

El ***Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN)*** es una organización indígena, principalmente chiapaneca que se constituyó como un movimiento militar el cual se ha convertido a lo largo del tiempo en un movimiento político. Surgió el 17 de noviembre de 1983 a raíz de la organización y preparación de los campesinos indígenas para expresarse mediante la única forma de lucha que no habían probado y que les quedaba como recurso final para hacerse escuchar: la vía armada.

La madrugada del primero de enero de 1994, el EZLN hizo su primera aparición pública, tomando siete cabeceras municipales declarándole la guerra al gobierno encabezado en ese entonces por Carlos Salinas de Gortari y al ejército federal, ese mismo día dieron a conocer un programa político de diez demandas y anunciaron con la toma armada, su lucha por democracia, libertad y justicia para todos los mexicanos. Sus demandas: trabajo, tierra, alimentación, techo, salud, educación, independencia, justicia, libertad, democracia, paz, cultura y derecho a la información. Ese amanecer sus tropas sorprendieron no solo al país, sino al mundo entero. Fueron los primeros días de una guerra decidida como “una medida última pero justa”, tal como lo afirmaron en la primera declaración de la selva lacandona. Una medida última contra la miseria, la explotación y el racismo, pero sobre todo, una medida última contra el olvido. **(Muñoz Ramírez, 2003)**

En esencia es un movimiento reivindicativo, tanto de los indígenas en particular, como de los oprimidos y marginados en general, que ha tenido un profundo impacto político durante los últimos años en México, que ha librado una lucha no solo por justicia social, sino también por derechos civiles y políticos con el fin de alcanzar una mayor autonomía indígena.

Los zapatistas no tienen un territorio en específico sobre el que ejercen su autoridad. Cuando se habla de territorio zapatista es con referencia al territorio donde se encuentran comunidades y familias zapatistas, pero también existen comunidades y familias que están con las instituciones del estado. La relación con estas cambia, desde situaciones de respeto y colaboración hasta

situaciones conflictuales y de violencia. La capacidad de los zapatistas de ejercer su propio autogobierno cambia de un lugar a otro según la relación de las fuerzas y el nivel de represión actuado por las fuerzas del estado. **(Fini, 2009)**



Municipios chiapanecos en los que hay zonas zapatistas

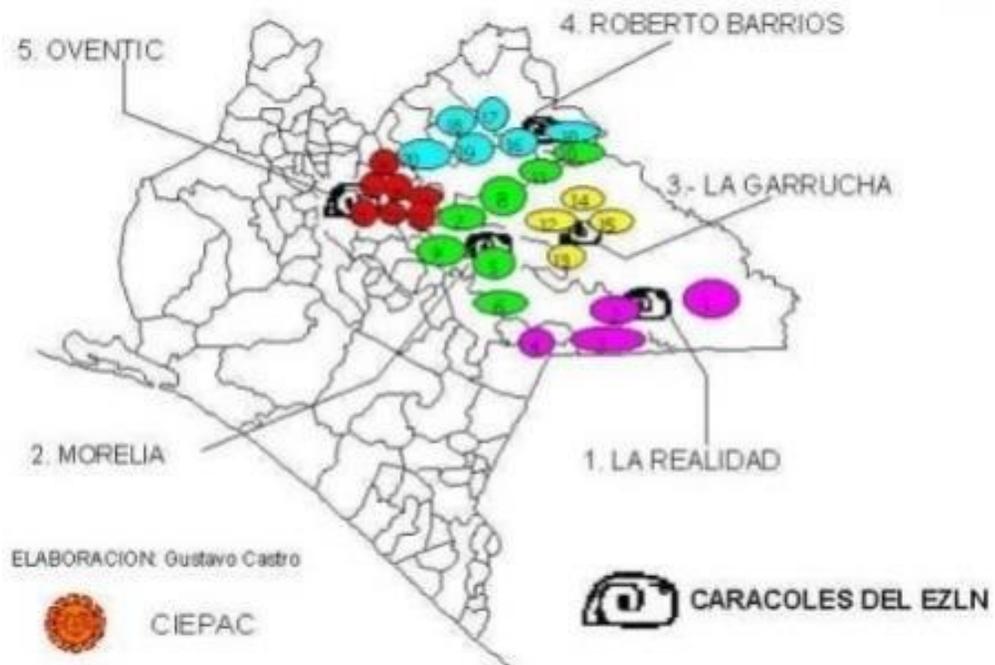
El autogobierno no es por vivir en un territorio definido, sino de la libre elección de cada familia o comunidad. Existen muchas comunidades totalmente zapatistas pero hay también comunidades mixtas o comunidades donde se encuentran pocas familias zapatistas. Hay zonas con buena presencia zapatista que están organizadas en municipios autónomos, pero a la vez, también hay zonas con poca presencia zapatista, donde se encuentran comunidades que todavía no están en un municipio autónomo, pero en donde ya se están practicando proyectos de salud autónoma. La zona con mayor presencia zapatista, organizada en municipios autónomos, está en la Selva Lacandona y en Los Altos, pero también se encuentra presencia de población zapatista en otros lugares de Chiapas.

Los niveles de organización del sistema autónomo de gobierno zapatista son los siguientes:

- ✚ **Comunidad:** Las decisiones las toma la asamblea comunitaria.
- ✚ **Municipio autónomo (MAREZ):** Hace referencia a un conjunto de comunidad el cual es administrado por el Consejo Municipal Autónomo. Este se ocupa de problemas o servicios que atañen las comunidades que lo conforman. Ha iniciado el proceso de creación de municipios autónomos a partir de diciembre de 1994.

✚ **Zona:** Hace referencia un conjunto de municipios autónomos. El organismo de referencia es la Junta de Buen Gobierno (JBG), que tiene la tarea de coordinar los municipios autónomos y administrar las relaciones con los sujetos externos al sistema autónomo. La Junta se encuentra en un lugar llamado “*Caracol*”, que es el lugar físico donde están las estructuras de las autoridades o los servicios de la zona. Las Juntas nacieron en agosto 2003. **(Fini, 2009)**

Chiapas cuenta con aproximadamente 29 municipios autónomos organizados en 5 zonas, cada una de ellas tiene diversas características ambientales y étnicas.



Caracoles del EZLN, las JBG en Chiapas.

SISTEMA DE SALUD AUTÓNOMO ZAPATISTA (SSAZ)

Para la comunidad indígena zapatista, la salud se concibe como *“el bienestar del pueblo y del individuo, que contengan la capacidad y motivación para todo tipo de actividad, sea social o política”* y complementa; *“salud es vivir sin humillación, podernos desarrollar como mujeres y hombres, es poder luchar por una patria nueva, donde los pobres y particularmente los indígenas se puedan determinar de manera autónoma”*.

La salud se caracteriza como *“un derecho de todas y todos”*. Se concibe también como un proyecto que debe estar en manos del pueblo, quien debe ser parte activa en la definición de las políticas, la planeación, la ejecución y la evaluación.

Desde la práctica, la atención a la salud se caracteriza por:

- ✚ Toda la población tiene el derecho a recibir atención sin discriminación alguna, ya sea en relación a la religión que profesen o al partido político al que pertenezcan.
- ✚ La atención debe brindarse a las personas respetando su cultura, creencias y lengua.
- ✚ No se debe regañar a los pacientes, sino por el contrario, se les debe informar sobre su salud.
- ✚ La participación en algún programa de salud debe ser voluntaria, por lo tanto, no se debe obligar a ninguna persona a formar parte de alguno.
- ✚ La atención es gratuita, pero debido a que no se cuenta con una fuente de ingresos de manera permanente la cual permita subsidiar los fármacos e insumos médicos a utilizar, se aplica, según el caso, un costo mínimo con el objetivo de reponer los mismos. **(Bautista, 2008)**

La estructura del SSAZ se construye desde abajo, creando pequeñas redes de salud constituidas por casas de salud comunitarias formadas por promotores de salud, vacunadores, promotoras de salud sexual, a estas le sigue la creación de unidades médicas de referencia, definidas como Clínicas Regionales Autónomas, apoyadas por personal médico, en algunos casos apoyados por médicos de universidades o bien contratados, cuya función es resolver lo posible o bien derivar a un segundo nivel. **(Heredia, 2007)**

Hasta el día de hoy, los promotores de salud, son los encargados de brindar atención primaria de la salud. Su formación inició en la década de 1980, a partir del trabajo en salud por diferentes sectores como la Iglesia, las organizaciones no gubernamentales y las universidades, que como ya se mencionó anteriormente, realizan trabajo en varias regiones del estado, principalmente en zonas rurales e indígenas, regiones en donde la pobreza y desigualdad son las características principales.

Un promotor de salud es aquella persona campesina, casi siempre indígena, la cual ha sido capacitada en habilidades de diagnóstico, tratamiento y medidas preventivas desde la perspectiva de la medicina occidental. Su existencia ha respondido a la necesidad de resolver los problemas más comunes de enfermedad, detectando a tiempo las situaciones de riesgo para referirlas a otro nivel de atención, en aquellos lugares alejados de servicios médicos. Una de sus principales actividades es la promoción de la salud a través del impulso de acciones preventivas, pero también desde una perspectiva social del proceso salud-enfermedad, hacer del conocimiento de la población que la enfermedad tiene causas profundas que están sustentadas en una situación política injusta. **(Rivas 1999)**

Esta práctica de salud se diferencia de la práctica tradicional y pública del Estado Mexicano, el cual obliga a participar a los sujetos de los programas de salud a cambio de un apoyo económico, mientras desde la comunidad zapatista se propone trabajar colectivamente la participación o no al sistema de salud, convirtiéndose en un acto voluntario de las personas sin ningún tipo de presión.

MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA

Se denomina medicina tradicional indígena al sistema de conceptos, creencias, prácticas y recursos materiales y simbólicos destinado a la atención de diversos padecimientos y procesos desequilibrantes, cuyo origen se remonta a las culturas prehispánicas, pero que, como toda institución social, ha variado en el curso de los siglos, influida por otras culturas médicas (española, africana, moderna), por los cambios en el perfil epidemiológico de las poblaciones y por factores no médicos de diversa índole (económicos, ecológicos, religiosos). Constituye un recurso fundamental para la atención a la salud de millones de mexicanos y es ejercida por terapeutas conocidos popularmente como curanderos, parteras, hueseros, hierberos, rezanderos, sobadores, etc. En gran parte de las áreas rurales del México indígena, la medicina tradicional forma parte de un sistema real de salud junto a la medicina académica o científica y a la medicina doméstica o casera.

La salud se ve como un estado holístico de bienestar físico, mental, social, moral y espiritual. Por lo tanto, una enfermedad no puede tratarse de manera fragmentada ya que la enfermedad puede ser individual como colectiva y su cura debe incluir causas y efectos. La medicina tradicional forma parte de la cosmovisión indígena y representa el conocimiento milenario sobre la madre tierra y el uso de las plantas medicinales que los pueblos originarios han resguardado como un importante activo de incalculable valor para el fortalecimiento y preservación de su identidad. En diversas ocasiones, la medicina tradicional indígena ha representado la única opción de prevención y curación de enfermedades para los habitantes de las comunidades originarias; esto debido principalmente a la exclusión y a la pobreza extrema en la que viven, así como por la carencia de servicios de salud que los mismos gobiernos no han podido garantizar. **(König, 2011)** Se dice que la medicina tradicional es un sistema, en tanto que tiene un complejo de conocimientos, tradiciones, prácticas y creencias; porque dichos componentes se estructuran organizadamente a través de sus propios agentes (curanderos, parteras, hueseros, hierberos, rezanderos, sobadores, etc); que poseen sus propios métodos de diagnóstico y tratamiento, además de sus propios recursos terapéuticos como lo son las plantas medicinales, animales, minerales y porque existe población que confía en ella, lo solicita y los practica. Las curas tradicionales de hierbas y los tratamientos espirituales varían dependiendo del pueblo indígena, pero también existen muchos parecidos. La mayoría de ellos han sido desarrollados a lo largo de los siglos y son prescritos y utilizados con mucha confianza por su población. **(Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2006)**

En las áreas rurales del México indígena, la medicina tradicional indígena forma junto a las medicinas doméstica o casera, y a la medicina académica o alopática, lo que en otros escritos hemos denominado el "sistema real de salud". **(Zolla, 2000)**

COSMOVISIÓN DEL PROCESO SALUD – ENFERMEDAD

Actualmente, ante la falta de servicios de salud acordes con las necesidades de la población indígena, en muchas de ellas se conservan aún prácticas médicas tradicionales como lo son la partería, la herbolaría, los hueseros, entre otros. **López y Teodoro (2006)**, se refieren a la cultura como la red de sentidos con que le damos significado a los fenómenos o eventos de la vida cotidiana. Entendiéndose como un entramado de significados vividos y actuados dentro de un grupo social determinado. Dichos autores también mencionan que al abordar el estudio de la medicina tradicional, debemos apreciar que es parte de la manifestación de la cultura de un pueblo, en específico, la forma en que los pueblos indígenas conciben la salud y la enfermedad, la forma en

la que se pierden o restablecen, lo cual se manifiesta en la terapéutica empleada en el proceso de curación.

De este modo se hace alusión de la cosmovisión ya que por medio de este proceso se explican así mismos y al mundo que los rodea. En su trabajo “la cosmovisión indígena tsotzil y tseltal a través de la relación salud-enfermedad en el contexto de la medicina tradicional indígena” **López y Teodoro** concluyen que la medicina tradicional indígena tsotzil y tseltal es fundamentalmente de origen prehispánico, que tiene como eje rector su cosmovisión y que descansa sobre bases mágicas y religiosas además mencionan que las causas por las que se pierde la salud son principalmente “porque la persona transgrede las reglas sociales por los dioses, ancestros, la naturaleza y la comunidad en general. Las prácticas terapéuticas mágico-religiosas tienen como objetivo la recuperación de la estabilidad física y moral del paciente con los dioses, ancestros, la naturaleza, la comunidad, su familia”. En el estudio mencionado comentan que la salud se recupera a través del médico indígena, el cual es intermediario entre el mundo sobrenatural y del hombre común. Así describen dos tipos de enfermedades, las naturales y sobrenaturales, las primeras no causan gran malestar y se curan solas, mientras que las segundas son causadas por medio de brujería y pueden causar la muerte. Mediante el estudio se concluye que el uso de plantas medicinales para recuperar el estado de la salud son instruidas mediante sueños que tienen los médicos indígena, en los cuales por mediación de los dioses saben qué plantas indicar para curar al enfermo.

CHIAPAS

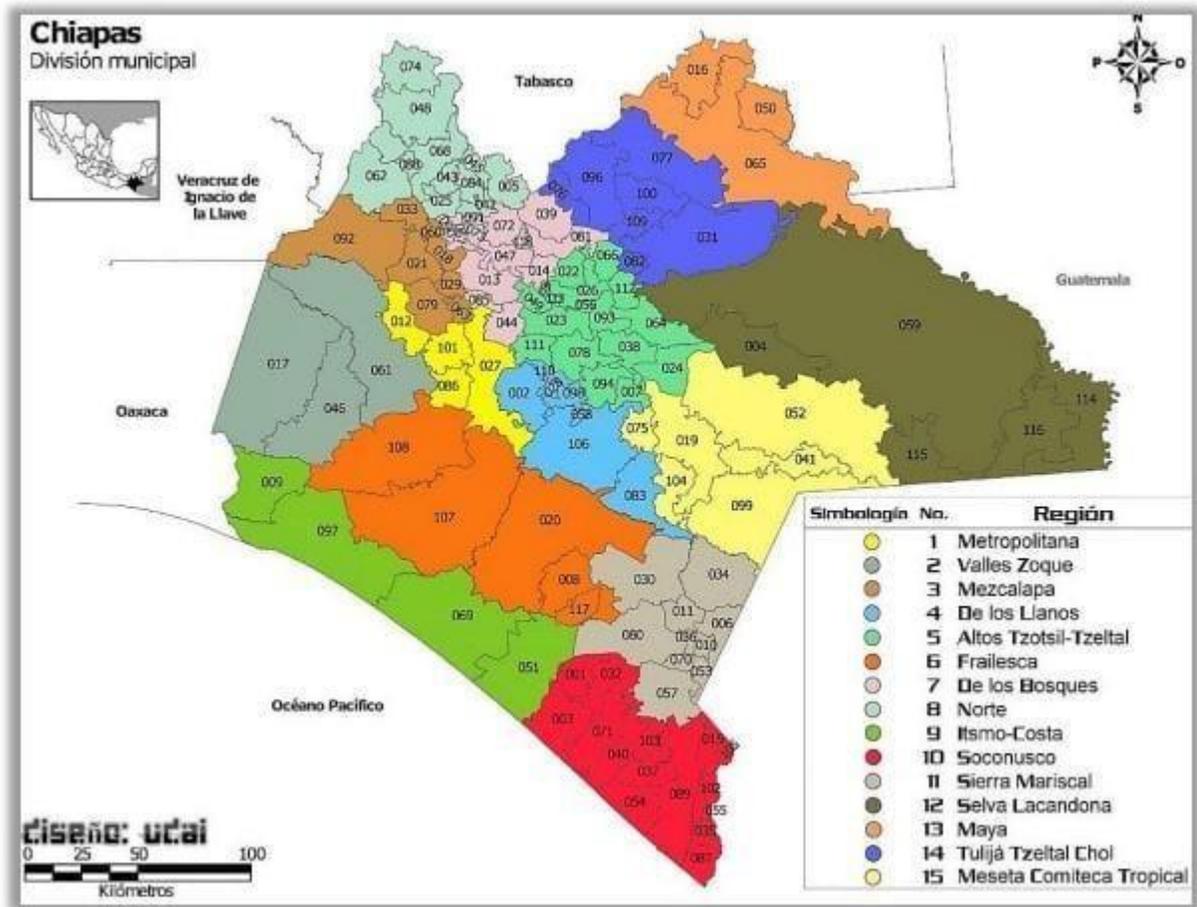


Ubicado al sureste del país, se incorporó oficialmente al territorio mexicano en el año 1824.

Colinda al norte con Tabasco; al este con la República de Guatemala; al sur con la República de Guatemala y el Océano Pacífico; al oeste con el Océano Pacífico, Oaxaca y Veracruz.

Su capital es Tuxtla Gutiérrez y es el octavo estado más grande de la República Mexicana con una superficie territorial de 73,311 km² representando el 3.7% del territorio nacional.

Poco 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. Una temperatura promedio de 30°C la más alta y de 17.5°C la mínima. Chiapas tiene una gran cantidad de mantos acuíferos y genera un poco más del 50% de la energía hidroeléctrica del país. En cuanto a su flora presenta una amplia variedad, desde la costa hasta el norte del estado alcanzando su máxima representación en la selva Lacandona. Le siguen los bosques de coníferas y encinos y los bosques húmedos de montaña, así como los pastizales cultivados. La agricultura ocupa 39% del territorio de la entidad. Cuenta con 106 áreas protegidas de las cuales 18 son de carácter federal, 25 estatal y 63 municipales. **(Cuentame INEGI, 2020)** El 49% de su territorio corresponde a zonas urbanas, mientras que el 51% son zonas rurales, a nivel nacional 79% de la población vive en zonas urbanas y el 21% en rurales. Está conformado por 124 municipios gubernamentales y 29 municipios autónomos rebeldes zapatistas, mismos que se distribuyen en 15 regiones sociodemográficas.



Chiapas por regiones y municipios. Fuente: Cuéntame INEGI Chiapas, 2020.

DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL

Observando la distribución de la población en el territorio estatal con una superficie de 73,311 km², es visible que uno de los municipios con mayor cantidad de población es Ocosingo, del cual profundizaremos más adelante. Chiapas ocupa el lugar 16° en densidad de población a nivel nacional con 75.6 hab/ km². (CPV INEGI, 2020)



Fuente: Censo de población y vivienda Chiapas INEGI, 2020.

MULTICULTURALIDAD Y ETNIA

En este estado multicultural habitan los pueblos originarios tseltal, tsotsil, ch'ol, tojolabal, zoque, chuj, kanjobal, mame, jacalteco, mochó, cakchiquel y lacandón o maya caribe; 12 de los 68 pueblos indígenas reconocidos oficialmente en México, por lo que en este territorio existe una fuerte concentración de tradiciones indígenas que conviven con las costumbres actuales, encontrando una gran variedad de tradiciones, rostros, colores y vestimentas alrededor del estado. Un total de 1,459,648 personas que mantienen su idioma materno de acuerdo con su pueblo originario, siendo los más frecuentes el tseltal y tsotsil. **(CPV INEGI, 2020)**

ETNICIDAD		Lengua indígena	Número de hablantes 2020
Población que habla lengua indígena ¹	28.17 %	Tseltal	562,120
Población que no habla español de los hablantes de lengua indígena ¹	27.21 %	Tsotsil	531,662
Lenguas indígenas más frecuentes		Ch'ol	210,771
Tseltal	38.5 %	Tojolabal	66,092
Tsotsil	36.5 %		
Población que se considera afromexicana negra o afrodescendiente	1.02 %		

¹ De 3 años y más.

 De cada 100 personas que hablan alguna lengua indígena, 12 no hablan español.
A nivel nacional...

Fuente: Censo de población y vivienda Chiapas INEGI, 2020.

POBLACIÓN

De acuerdo a los datos estadísticos de INEGI, la población total del estado en 2020 fue de 5,543,828 personas, siendo el 4.4% de la población nacional y ocupando el 8° lugar de mayor número de habitantes a nivel nacional.



Pirámide poblacional de Chiapas. Fuente: Censo de población y vivienda Chiapas INEGI, 2020.

Podemos hacer la comparación con las pirámides poblacionales de años previos y como se ha ido modificando, ha disminuido su base, es decir los menores de 19 años y ha ido en aumento la población adulta. Como podemos observar en la siguiente imagen, la edad media para el año 2020 es de 24 años, mientras que para el 2000 era de 19 años y en 2010 de 22 años. La proporción de hombres 48.8% tuvo un aumento de 0,2 puntos porcentuales en comparación con el 2015, aunque la mayor proporción sigue siendo de mujeres con el 51.2%. (CPV INEGI, 2020)

Población total

5 543 828 representa el 4.4 % de la población nacional

Relación hombres-mujeres 95.3

Existen 95 hombres por cada 100 mujeres.

Edad mediana 24

La mitad de la población tiene 24 años o menos.

Razón de dependencia 62.3

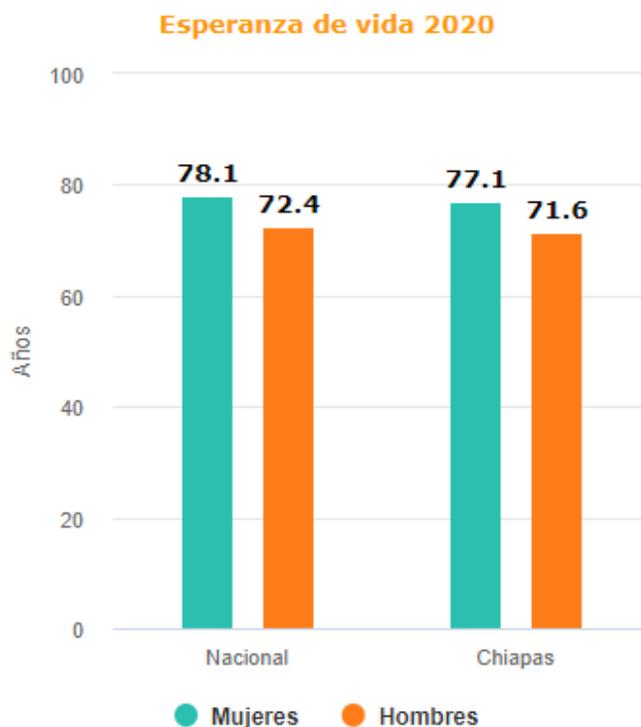
Existen 62 personas en edad de dependencia por cada 100 en edad productiva.



Fuente: Censo de población y vivienda Chiapas INEGI, 2020.

ESPERANZA DE VIDA

La Esperanza de Vida al Nacer (EVN) es un indicador del desarrollo económico y social de la población, es el mejor parámetro para medir la situación de salud de la población y a menudo se emplea para determinar el desarrollo del sector salud en un país, cuantifica cuánto se espera que un recién nacido puede vivir en promedio si se mantienen las tasas actuales de mortalidad. En el 2020 la EVN total en Chiapas se registró en 74.3 años, mientras que a nivel nacional de 75.2 años, casi un año de diferencia. En cuanto a las diferencias en la EVN por género nacional y estatal, encontramos que en hombres es un año mayor a nivel nacional, mientras que en mujeres es similar con 0.8 años. La brecha entre mujeres y hombres también se mantiene similar siendo de 5.7 años a nivel nacional y de 5.5 años a nivel estatal. De igual manera, la brecha de la EVN en mujeres y hombres fue de 5.4 años, casi la misma a la actual. Chiapas ocupa el 30° lugar a nivel nacional, en cuanto a la mayor EVN se refiere. **(CONAPO, 2016)**



Fuente: Censo de población y vivienda Chiapas INEGI, 2020.

En comparación con el año 2015 que la EVN estatal fue de 73.7 años, significa un aumento de 0.6 años. Por género en 2015 teníamos una EVN de 75 - 76.5 años en mujeres y 71.1 años en hombres, siendo una diferencia de 0.6 y 0.5 años respectivamente. **(CONAPO, 2016)**

FECUNDIDAD, NATALIDAD Y MORTALIDAD

La fecundidad, natalidad y mortalidad del estado es un dato importante debido a las implicaciones económicas, políticas y culturales que este hecho trae consigo, nos permiten conocer la composición y estructura de la población y para llevar a cabo programas de salud, educación y mejorar el desarrollo social del país. La fecundidad se refiere a la frecuencia de nacimientos en una población concreta, identificando a la población que pueden experimentarlos, es decir, en las mujeres. Así mismo, el cálculo de la fecundidad se realiza a través de la Tasa Global de Fecundidad (TGF) por medio de la que registra el promedio de hijos de cada mujer al final de su vida reproductiva en una cohorte. Por ejemplo, si hacemos una comparación entre 1970, 2000 y 2020 de las TGF en Chiapas, encontramos que este indicador muestra una tendencia descendente; de 7.5 hijos a 3.2 hijos y finalmente, se redujo a 2.7 hijos por mujer actualmente. El descenso de la fecundidad y una mayor disponibilidad de programas de planificación familiar y anticoncepción, tienen efectos positivos en el desarrollo de la población y del país, debido a que están acompañados por un incremento en la participación económica de las mujeres y una mayor inversión pública en el cuidado de la salud y educación de los hijos. **(CONAPO, 2016)**

El promedio de hijos nacidos vivos (PHNV) es la relación del total de hijos nacidos vivos de las mujeres de determinada edad, entre el total de mujeres de esa misma edad; hayan tenido o no descendencia. El PHNV estatal estado es de 2.3 hijos por cada mujer de 12 años y más. Se ha visto que el PHNV en las zonas rurales, menores a 2,500 habitantes, se encuentra por encima del valor estatal en 2.7 y va disminuyendo en zonas de mayor urbanización como por ejemplo Tuxtla Gutiérrez con un PHNV de 1.7 hijos. **(CEIEG, 2021)**



Fuente: Censo de población y vivienda Chiapas INEGI, 2020.

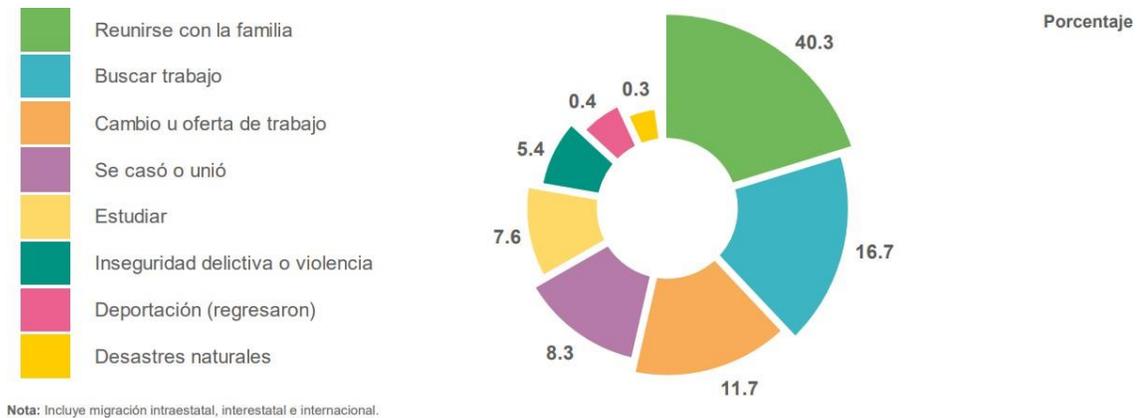
La fecundidad es uno de los principales componentes del crecimiento de la población y del cambio en la estructura por edad. El descenso de la fecundidad se debe principalmente al acceso a los servicios de salud reproductiva, incluyendo la información y disponibilidad de métodos anticonceptivos en los servicios de salud, así como el aumento de la escolaridad de la población y la autonomía de la mujer en las decisiones reproductivas; esto permite a mujeres y hombres planificar el número de hijos que desean tener y el momento en el que los desean. Asimismo, la disminución de la fecundidad contribuye a minimizar los riesgos de salud en las mujeres y de los niños relacionados con causas materno-infantiles. **(CONAPO, 2016)**

La natalidad hace referencia al volumen de nacimientos que ocurren en una zona o población específica durante un determinado periodo de tiempo y se expresa a través de una Tasa Bruta de Natalidad (TBN). Chiapas es el estado número 1 con mayor cantidad de nacimientos en el 2020, con una TBN de 22.2 nacimientos por cada 1,000 habitantes, mientras que la nacional es de 16.5 nacimientos por cada 1,000 habitantes.

La mortalidad es el volumen de defunciones o fallecimientos que ocurren en una población durante un tiempo determinado, de igual manera se expresa a través de una Tasa Bruta de Mortalidad (TBM). En Chiapas, la TBM en el 2020 fue de 6 defunciones por cada 1,000 habitantes, mientras que la nacional fue de 9.1 defunciones por 1,000 habitantes. A través de los años en Chiapas, la natalidad ha ido en descenso, cuyo resultado es notorio en los cambios que ha ido teniendo la pirámide poblacional en la que se han reducido los grupos de menor edad por la baja en la natalidad; mientras que la mortalidad va en aumento, este fenómeno pudiera deberse al incremento de muertes por la pandemia por COVID-19. **(CONAPO, 2016)**

MIGRACIÓN

Los cambios de residencia de la población han estado presentes en la historia de nuestro país como motor del desarrollo económico y social, convirtiendo a la migración en una importante fuerza modeladora de la estructura por edad y sexo de los estados. Las causas de este fenómeno migratorio se han modificado, pues ya no solamente son económicas, sino que se incorpora la falta de seguridad pública, el aumento de la violencia y la contaminación ambiental, diversificándose los motivos de la migración.



Principales causas de migración en Chiapas. Fuente: Censo de población y vivienda Chiapas INEGI, 2020.

La migración interna para Chiapas ha implicado importantes pérdidas de población. Al observar los flujos migratorios interestatales nos percatamos que para el periodo 2010-2015 se registró un saldo neto migratorio negativo de 63,459 personas, donde el número de inmigrantes fue menor que el de emigrantes, con una tasa neta de migración de -0.25 por cada cien habitantes de Chiapas, lo que la ubica como una entidad con expulsión media migratoria. En este periodo, la principal entidad de destino es Quintana Roo. **(CONAPO, 2016)**

PRODUCTIVIDAD Y ECONOMÍA

En 2020 Chiapas generó el 1.5% anual del PIB total a nivel Nacional, ocupando el 19° lugar por su participación porcentual. Ocupó el último lugar a nivel nacional por el valor del PIB per cápita, teniendo un PIB per cápita casi tres veces menor que el promedio nacional. **(CEIEG, 2020)**

La estructura económica de Chiapas nos muestra que el sector de actividad económica que más contribuye al PIB estatal es el terciario, con el 73.1%, seguido del secundario con el 18.3% y finalmente, pero no menos importante el primario con el 7.9%. **(CEIEG, 2020)**

En cuanto al sector primario, aunque es el de menor proporción para el PIB estatal, ocupó el 11° lugar a nivel nacional al contribuir con 3.4% del valor del PIB del país. Chiapas es el tercer estado de la región Sureste con la mayor aportación a este sector, precedido por Veracruz y Puebla, además de ser las principales actividades laborales de la población estatal. **(CEIEG, 2020)**



Fuente: Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica de Chiapas 2020.

Destaca por los primeros lugares de producción a nivel nacional de café, plátano y palma.

Principales productos agrícolas, 2009	Producción (Toneladas)	% en el total nacional	Lugar nacional
Plátano	774 432	34.7	1° de 17
Café cereza	529 395	36.9	1° de 15
Palma africana ode aceite	261 658	71.3	1° de 4
Papaya	119 873	16.9	2° de 20
Col (repollo)	15 685	8.7	3° de 24
Cacahuate	9 189	10.7	3 de 24
Mango	188 635	12.5	3° de 23

Fuente: Perspectiva estadística por entidad federativa, Chiapas INEGI 2020.

En cuanto a la ganadería ocupa el 3er lugar en producción bovina y el 2do lugar en pesca de atún, tiburón y barrilete. **(INEGI, 2020)**

Principales productos pecuarios, 2010	Producción (Toneladas)	% en el total nacional	Lugar nacional
Bovino (carne en canal)	106 536	6.3	3° de 32

Principales productos pesqueros, 2009	Producción (Toneladas)	% en el total nacional	Lugar nacional
Atún	19 083	18.1	2° de 14
Tiburón	3 680	19.9	2° de 17
Barrilete	993	6.9	2° de 14
Fauna	1 004	20.7	3° de 10

Fuente: Perspectiva estadística por entidad federativa, Chiapas INEGI 2020.

En cuanto al sector secundario, en Chiapas el total 40.4% correspondió al producto de las industrias manufactureras; 25.5% a la construcción; 18.3% a la generación, transmisión y distribución de energía eléctrica, suministro de agua y de gas por ductos al consumidor final y 15.8% a la minería. De 2014 a 2020, el valor de la producción de este sector ha mostrado una reducción de 44.4%. **(CEIEG, 2020)** Chiapas ocupa el 2do lugar en extracción minera de azufre.

Producción minera, 2010	Producción (Toneladas)	% en el total nacional	Lugar nacional
Azufre	287 765	25.8	2º de 8

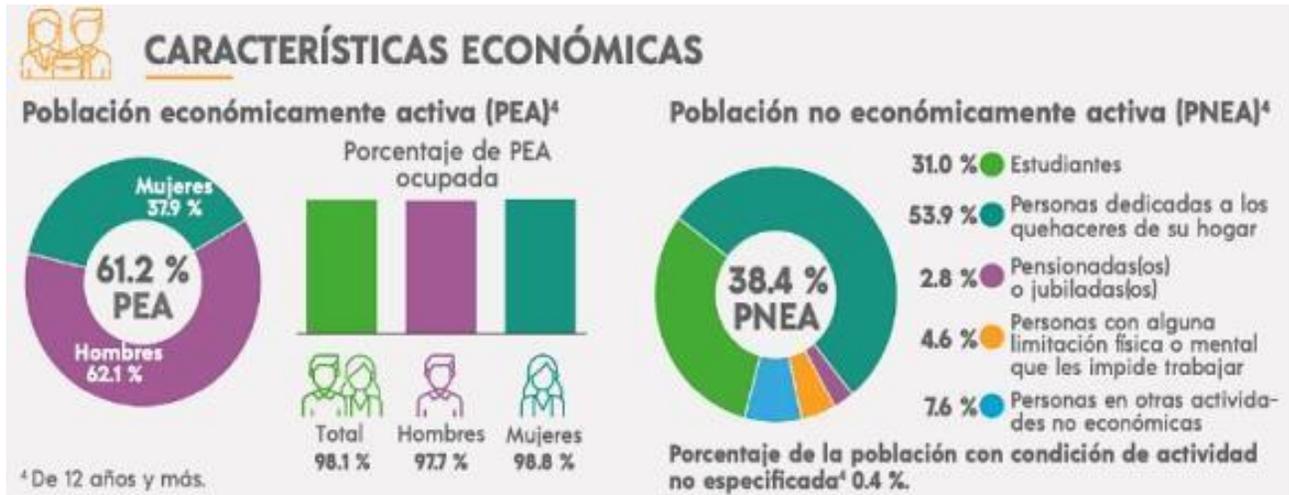
Fuente: Perspectiva estadística por entidad federativa, Chiapas INEGI 2020.

El sector terciario es el que más aporta al PIB estatal y dentro de su estructura económica destacan el comercio, ya sea al por mayor o por menor, con una participación porcentual de 29.1%; le siguen los servicios inmobiliarios y de alquiler con 23.6%; los servicios educativos con 13.8% entre los más destacados. **(CEIEG, 2020)** Durante el primer trimestre del 2021 la población tiene la siguiente distribución económica. **(STPS, 2021)**



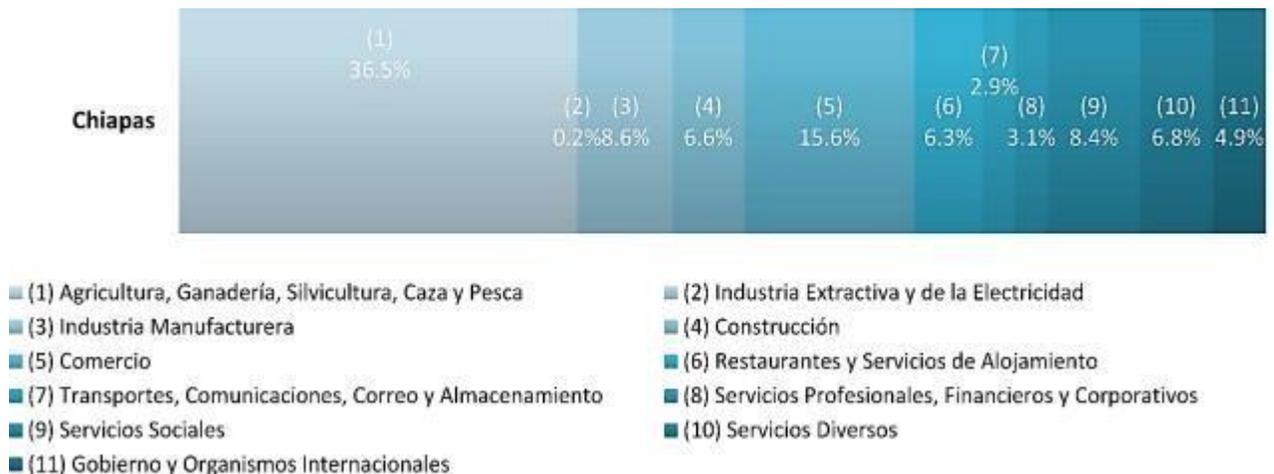
Fuente: Información laboral de Chiapas, secretaría del trabajo y prevención social, 2021.

De acuerdo con datos del INEGI del total de población mayor a 12 años el 61.2% se encuentran económicamente activas (PEA), principalmente hombres. Mientras que del 38.4% que no se encuentran activos (PNEA), más de la mitad se dedican a los quehaceres del hogar, seguido de estudiantes. **(INEGI, 2020)**



Fuente: Censo de población y vivienda Chiapas INEGI, 2020.

Las principales actividades de la PEA corresponden al sector primario con el 36.5% que se dedica a actividades agropecuarias y el terciario que absorbe el 54.6% del empleo de la entidad, dedicándose al comercio, turismo y servicios. Cuenta con 3 aeropuertos internacionales ubicados en Tuxtla Gutiérrez, Palenque y Tapachula. **(STPS, 2021)**



Distribución laboral de PEA. Fuente: Información laboral de Chiapas, secretaría del trabajo y prevención social, 2021.

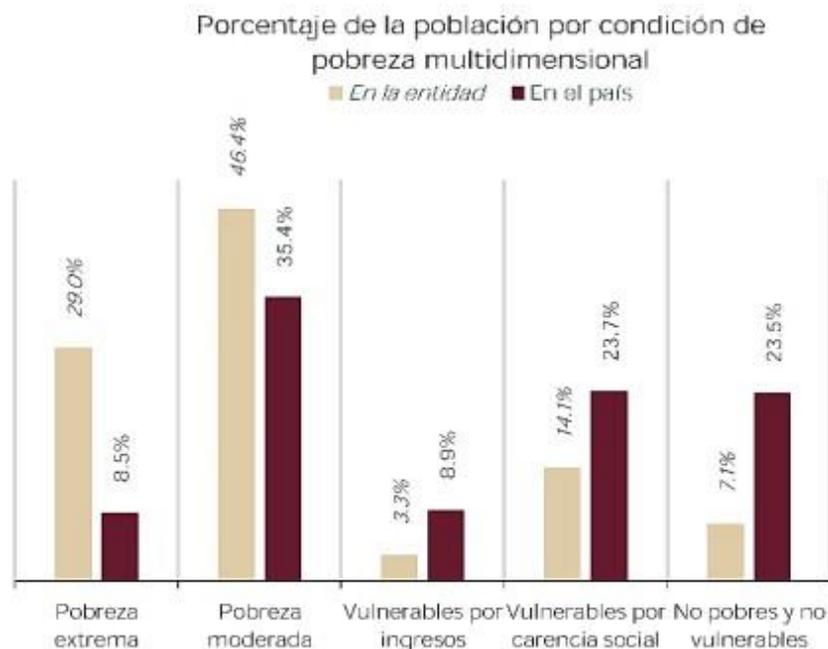
MEDICIÓN MULTIDIMENSIONAL DE LA POBREZA

Chiapas se encuentra en el 1er lugar a nivel nacional con población en situación de pobreza y pobreza extrema. Las dimensiones que determinan esto son las siguientes. (CONEVAL, 2021)



Fuente: Medición de pobreza en Chiapas, 2020 CONEVAL.

Haciendo una comparación del estatus de pobreza del estado con lo reportado a nivel nacional encontramos:



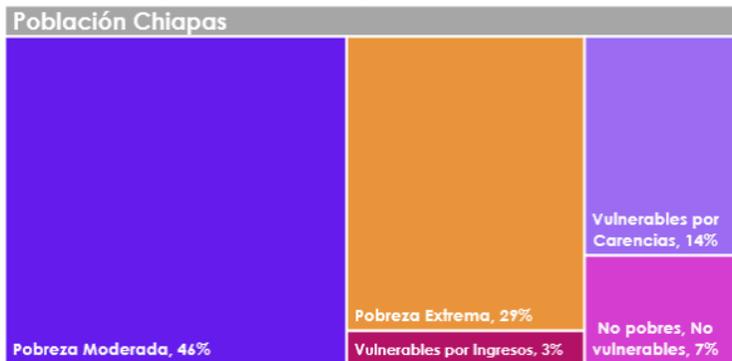
Fuente: Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social, Chiapas 2022.

Como podemos observar en la gráfica anterior, en el caso de la pobreza extrema el porcentaje estatal tiene un valor de más del triple del nacional, teniendo también un porcentaje más alto en cuanto a pobreza moderada. Para definir estas dimensiones y valorar la pobreza de una población tenemos que:

- ✚ Se considera en **pobreza** a la población con al menos una carencia social e ingreso inferior al valor de la línea de pobreza por ingresos que se refiere al valor total de la canasta alimentaria y de la canasta no alimentaria por persona al mes.
- ✚ Se considera en **pobreza moderada** a la población que, a pesar de estar en situación de pobreza, no cae en la categoría de pobreza extrema. La incidencia de pobreza moderada se obtiene al calcular la diferencia entre la incidencia de la población en pobreza menos la de la población en pobreza extrema.
- ✚ Se considera en **pobreza extrema** a la población con tres o más carencias sociales e ingreso inferior al valor de la línea de pobreza extrema por ingresos.
- ✚ Se considera en **vulnerabilidad por carencias sociales** a la población con un ingreso superior a la línea de pobreza por ingresos, pero con una o más carencias sociales.
- ✚ Se considera **en vulnerabilidad por ingresos** a la población que no padece ninguna carencia social, pero su ingreso es igual o inferior a la línea de pobreza por ingresos.

Como podemos ver, la situación de pobreza es un problema multidimensional que abarca muchos factores que llevan a una región a presentar distintos niveles de pobreza y puede afectar en forma diferenciada a las personas de acuerdo con el grado de vulnerabilidad que enfrentan y a los contextos sociales en los que se desenvuelven. En la siguiente representación podemos ver la distribución de la población de acuerdo con su situación de pobreza y que tan solo el 7% de la población se encuentra sin vulnerabilidad ni pobreza, mientras que el 93% tiene algún grado de vulnerabilidad. **(CONEVAL, 2020)**

Población por condición de pobreza multidimensional 2020



Fuente: Medición de pobreza en Chiapas, 2020 CONEVAL.

Para analizar las carencias sociales que llevan a una población a un estado de pobreza tenemos que diferenciar los derechos sociales, que cuando no se cumplen dan lugar a estas carencias que eventualmente nos llevan al rezago social. (CONEVAL, 2021)



Fuente: Medición multidimensional de la pobreza en México, CONEVAL 2021.

EDUCACIÓN, VIVIENDA Y SERVICIOS DE SALUD

El Índice de Rezago Social es una medida que permite conocer las carencias sociales que tiene un estado, utilizando como indicadores el acceso a la educación, acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación, y este se lleva a cabo por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONAPO). Desafortunadamente, en el 2020 Chiapas llegó al 1er lugar a nivel nacional en mayor índice de rezago social, en 2015 ocupaba el tercer lugar a nivel nacional después de Guerrero y Oaxaca. A continuación, se evalúan las carencias sociales que determinan el rezago social de la entidad. (CONEVAL, 2020)

EDUCACIÓN

Se considera en situación de rezago educativo a la población que se encuentra en alguna de las siguientes situaciones (CONEVAL, 2020):

- ✚ Tiene de 3 a 15 años y no cuenta con la educación básica obligatoria y no asiste a un centro de educación formal.
- ✚ Nació antes de 1982 y no tiene el nivel de educación obligatoria vigente en el momento en que debía haberla cursado (primaria completa).
- ✚ Nació a partir de 1982 y no cuenta con el nivel de educación obligatoria (secundaria completa).

Los datos reflejan que al 2020 Chiapas se encuentra en el 1er lugar a nivel nacional en rezago educativo, tiene una proporción del 32.5% de la población, mientras la proporción a nivel nacional es del 19.2%. (CONEVAL, 2021)



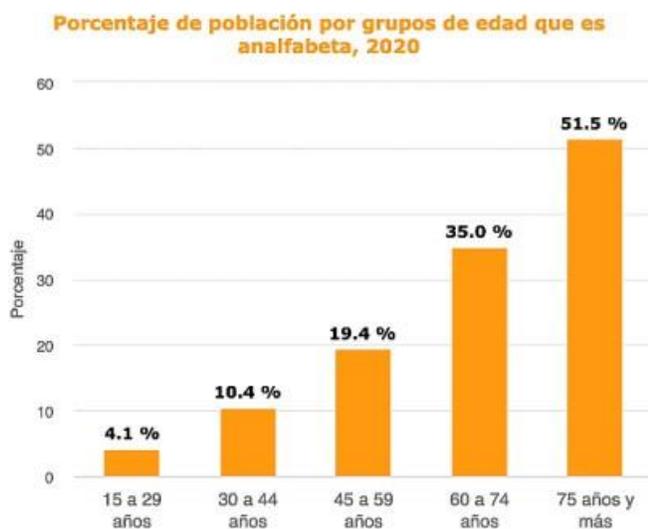
**Rezago educativo estatal y nacional. Fuente: Medición de pobreza en Chiapas, 2020
CONEVAL.**

De acuerdo con lo registrado por el INEGI, el grado promedio de escolaridad de la población estatal de mayor de 15 años, es de 7.8 años de escolaridad. A nivel nacional se tiene un promedio de escolaridad de 9.7 años, es decir la secundaria aprobada y casi concluido el primer año de preparatoria.



Grado promedio de escolaridad en Chiapas. Fuente: Censo de población y vivienda Chiapas INEGI, 2022.

A nivel nacional se tiene una proporción del 4.7% de población analfabeta de 15 años o más, mientras que el estado se encuentra en 1er lugar a nivel nacional de analfabetismo, con una proporción del 13.7%, casi 3 veces mayor a la nacional. A sí mismo, el grupo etario de población con mayor proporción de analfabetismo es de mayores a 75 años.



Fuente: Censo de población y vivienda Chiapas INEGI, 2020.

VIVIENDA Y SANEAMIENTO

Se considera con esta carencia a la población que habita en viviendas con al menos una de las siguientes características:

- ✚ El material de los pisos es de tierra.
- ✚ El material del techo es de lámina de cartón o desechos.

- ✚ El material de los muros es de barro o bajareque; de carrizo, bambú o palma; de lámina metálica o asbesto; cartón o material de desecho.
- ✚ El hacinamiento de personas por cuarto es mayor de 2.5.

Chiapas tiene el 20% de su población con carencias en la calidad y espacios y vivienda en comparación con el 9.3% a nivel nacional.



Carencia de calidad y espacios de vivienda estatal y nacional. Fuente: Medición de pobreza en Chiapas, 2020 CONEVAL.

Podemos observar que la brecha de diferencia es muy grande, siendo la proporción estatal de más del doble de la nacional; se ha reportado que los hogares con al menos una persona indígena, los que están en zonas rurales o en la periferia de las ciudades son los que están en mayor riesgo de presentar esta carencia. **(CONEVAL, 2021)**

En cuanto en las condiciones de vivienda según el INEGI del 2020 en Chiapas la mayoría de las viviendas habitadas poseen piso firme (88.4%) y teniendo el 11% con piso de tierra que en comparación con el 3.5% a nivel nacional, nos muestra el gran rezago que presenta el estado ocupando el 3er lugar a nivel nacional, precedido por Oaxaca y Guerrero. **(CONEVAL, 2021)**

 VIVIENDA	
Total de viviendas particulares habitadas	
1 351 023	representa el 3.8 % del total nacional
Promedio de ocupantes por vivienda	4.1
Promedio de ocupantes por cuarto	1.3
Viviendas con piso de tierra	11.1 %

Fuente: Censo de población y vivienda Chiapas INEGI, 2020.

Se considera carente por acceso a los servicios básicos en la vivienda a la población que reside en viviendas con alguna de las siguientes características:

- ✚ El agua se obtiene de un pozo, río, lago, arroyo, pipa o el agua entubada la adquieren por acarreo de otra vivienda o de la llave pública o hidrante.
- ✚ No cuentan con servicio de drenaje o el desagüe tiene conexión a una tubería que va a dar a un río, lago, mar, barranca o grieta.
- ✚ No disponen de energía eléctrica.
- ✚ El combustible que se usa para cocinar o calentar los alimentos es leña o carbón sin chimenea.

En el 2020 se registró una carencia de acceso a los servicios básicos en la vivienda del 55.8% de las viviendas en el estado 3.1 veces mayor al porcentaje reportado a nivel nacional del 17.9% de las viviendas. **(CONEVAL, 2021)**



Carencia de calidad y espacios de vivienda estatal y nacional. Fuente: Medición de pobreza en Chiapas, 2020 CONEVAL.

Ocupando el 2do lugar a nivel nacional con mayor porcentaje de viviendas con carencias en estos servicios básicos, encontramos que en el estado se registra que el 9.9% de las viviendas habitadas no cuenta con agua entubada, el 8.5% no tiene drenaje, y el 1.8% no cuentan con energía eléctrica.



Distribución porcentual de disposición de agua entubada en viviendas de Chiapas.



Distribución porcentual de disposición de drenaje en viviendas de Chiapas.

Fuente: Censo de población y vivienda Chiapas INEGI, 2020.

De nuevo comparando con las proporciones nacionales con el 3.5% de viviendas con falta de agua entubada, 4.3% sin drenaje y el 0.8% sin energía eléctrica, podemos ver como los porcentajes estatales son más del doble de las nacionales haciendo evidente el rezago en servicios básicos en las viviendas del estado. **(CPV INEGI, 2020)**

SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Se considera que una persona no tiene acceso a los servicios de salud cuando *“No cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta: Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) (incluye a los antes afiliados al Seguro Popular), las instituciones públicas de seguridad social federal o estatal Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), IMSS Bienestar, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Pemex, Ejército o Marina) o los servicios médicos privados”*. **(CONEVAL, 2020)**

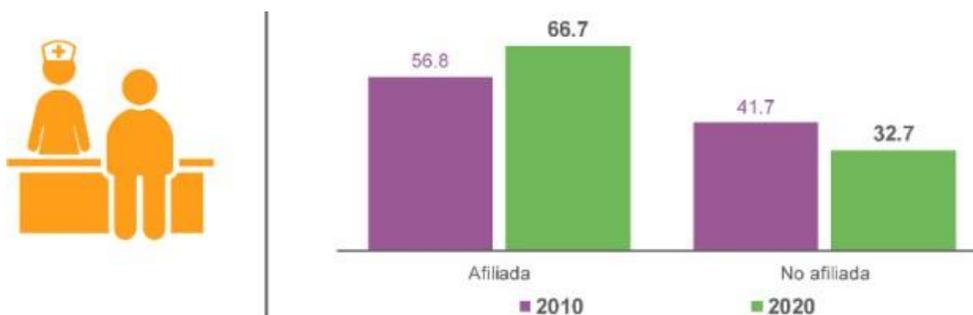
El INEGI reporta un alarmante aumento de 15.1 puntos porcentuales entre 2018 y 2020 en el porcentaje de población que no cuenta con acceso a servicios de salud a nivel estatal con un 32.7% de la población chiapaneca, mientras que a nivel nacional la carencia de acceso a servicios de salud el aumento fue de 10 puntos porcentuales, teniendo un porcentaje final del 26.2% de la población nacional sin acceso a estos servicios.

De igual manera es importante recalcar la brecha de diferencia entre las proporciones de esa carencia en la población que tiene el estado a diferencia de la nacional; quedando Chiapas en 2do lugar de mayor porcentaje de población con dicha carencia, precedido por Michoacán con un 38.7%. **(CONEVAL, 2021)**



Carencia de acceso a servicios de salud estatal y nacional. Fuente: Medición de pobreza en Chiapas, 2020 CONEVAL.

Esto nos lleva a analizar la población que sí se encuentra con acceso a los servicios de salud, se registra que el 66.7% de la población de Chiapas se encuentra con algún tipo de derechohabencia, a nivel nacional se cuenta con una cobertura de afiliación del 73.5% de la población.



Distribución porcentual de afiliación a servicios de salud de la población.

Fuente: Censo de población y vivienda Chiapas INEGI, 2020.

En cuanto a la institución con mayor población afiliada tenemos al INSABI, que incluye a los anteriormente afiliados al Seguro Popular, con el 68.6% del total de personas afiliadas. **(CPV INEGI, 2020)**



Nota: La suma de los porcentajes puede ser mayor a 100%, debido a la población que declaró estar afiliada a más de una institución de salud.
¹ Incluye a la población que declaró estar afiliada al Seguro Popular.

Distribución de afiliación por tipo de institución de salud.

Fuente: Censo de población y vivienda Chiapas INEGI, 2020.

La red de infraestructura para la atención de la salud del estado se compone de 1,110 unidades médicas con 1,489 camas censables **(Gobierno del Estado de Chiapas, 2020)**:

- ✚ 1,042 son unidades de primer nivel de atención.
- ✚ 39 hospitales de segundo nivel.
- ✚ 2 hospitales regionales de alta especialidad.
- ✚ 20 ambulancias de traslado y 2 de terapia intensiva.
- ✚ 85 unidades médicas móviles, conformadas por 85 médicos, 85 enfermeros, 85 promotores de salud y 9 odontólogos.

Se considera que la población cuenta con el acceso a la seguridad social cuando los individuos que reúnen alguno de los siguientes criterios **(CONEVAL, 2020)**:

- ✚ La población económicamente activa y asalariada que tiene las prestaciones establecidas en el artículo 2° de la Ley del Seguro Social (o sus equivalentes en las legislaciones aplicables al apartado B del artículo 123 constitucional).
- ✚ La población trabajadora no asalariada o independiente que dispone de servicios médicos como prestación laboral o por contratación voluntaria al régimen obligatorio del IMSS y cuenta con un Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) o una administradora de fondos para el retiro (Afore).
- ✚ La población en general que goza de alguna jubilación, pensión o es familiar de una persona dentro o fuera del hogar con acceso a la seguridad social.
- ✚ La población en edad de jubilación (65 años o más) que es beneficiaria de algún programa social de pensiones para adultos mayores.

Para el 2020 se registra una carencia de acceso a la seguridad social estatal del 78.9% de la población estatal teniendo una disminución de 4.2 puntos porcentuales en comparación con el 2018, mientras que a nivel nacional tenemos dicha carencia en la población del 52% disminución de 1.58 puntos porcentuales desde el 2018. Como podemos ver, la proporción de la población con carencias de seguridad social tiene una gran diferencia entre la expresada a nivel estatal y nacional, encontrando a Chiapas en el 1er lugar a nivel nacional con mayor proporción de población con esta carencia. **(CONEVAL, 2021)**



Carencia de acceso a seguridad social estatal y nacional. Fuente: Medición de pobreza en Chiapas, 2020 CONEVAL.

En el Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018 se describen las condiciones de desigualdad entre los diversos grupos sociales en México respecto al acceso que tienen a la

seguridad social. Para quienes se dedican al trabajo doméstico, para los jornaleros agrícolas y para demás personas que se encuentran en la economía informal es especialmente difícil hacer efectivo su derecho a la seguridad social. **(CONEVAL, 2020)**

Se supone que una de las funciones más importantes del sistema de salud es brindar servicios justos, oportunos, de calidad y seguros a la población; que como podemos ver en lo reportado anteriormente, para Chiapas esta función del sistema de salud sigue siendo bastante deficiente y todavía tiene un camino bastante difícil de recorrer, principalmente por desafíos que se presentan como asegurar la cobertura universal de los servicios, fortalecer y promover los sistemas integrados de atención primaria, garantizar el acceso a medicamentos e insumos a la población y reconocer la presencia del personal de salud en los entornos de atención para reducir la morbilidad y la mortalidad, hacer que la gente disfrute de una vida saludable. **(Gobierno Estatal Chiapas, 2019)**

ALIMENTACIÓN DE CALIDAD

Se considera en situación de carencia por acceso a la alimentación a la población en hogares que presenten un grado de inseguridad alimentaria moderado o severo. Para esto, se utiliza la escala de seguridad alimentaria establecida en los Lineamientos y criterios generales para la definición, identificación y medición de la pobreza. **(CONEVAL, 2020)** En cuanto a la carencia de acceso a la alimentación nutritiva y de calidad se observa que se mantiene una proporción similar a nivel estatal y nacional, teniendo un 24.5% de carencia en la población chiapaneca, mientras que a nivel nacional se tiene un 22.5%. En México hay una gran disponibilidad de alimentos variados y nutritivos, el problema radica en la accesibilidad a esos alimentos y en la calidad de la dieta de los grupos poblacionales con menores recursos. **(CONEVAL, 2021)**



Carencia de acceso a la alimentación nutritiva y de calidad estatal y nacional. Fuente: Medición de pobreza en Chiapas, 2020 CONEVAL.

OCOSINGO

Ubicado al este del estado de Chiapas, Ocosingo es un municipio que colinda con nueve municipios del mismo estado y con Guatemala; siendo el de mayor extensión territorial y el 3er municipio con mayor población. Se encuentra en la región 12 Selva Lacandona y tiene alrededor de 1,285 localidades. **(CONEVAL, 2022)**



Municipio de Ocosingo, Chiapas. Fuente: CONEVAL.

DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL

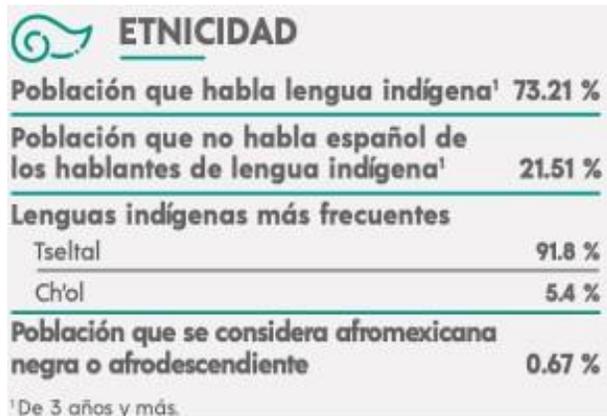
Tiene una extensión territorial de 9,580.2 km² y ocupa 13.1% del territorio estatal. Es un municipio considerado rural y una de sus localidades con mayor cantidad de población es su cabecera municipal Ocosingo. **(CPV INEGI, 2020)**



Fuente: Censo de población y vivienda Ocosingo INEGI, 2020.

MULTICULTURALIDAD Y ETNIA

En el municipio un total de 171,795 personas que mantienen su idioma materno de acuerdo con su pueblo originario, siendo los más frecuentes el tseltal y ch'ol. **(CPV INEGI, 2020)**

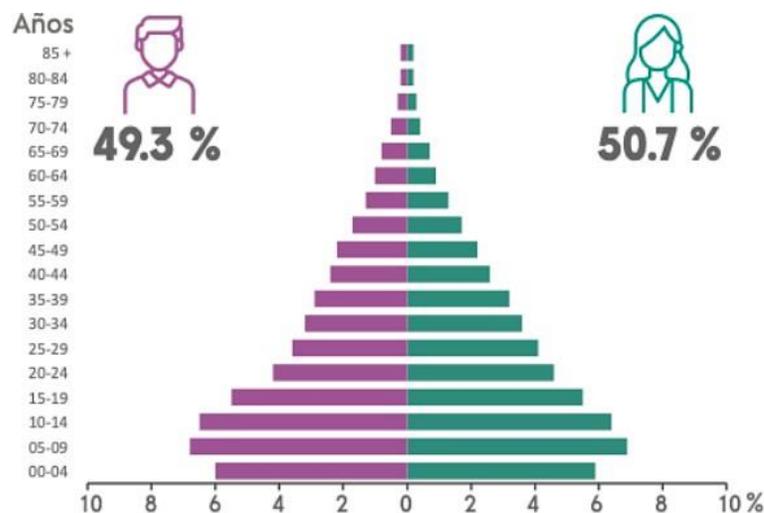


Fuente: Censo de población y vivienda Ocosingo INEGI, 2020.

En este municipio 93.2% de la población es indígena; los grupos indígenas con mayor representación en esta zona son tseltales y lacandones; estos pueblos cuentan con formas de organización distintas a las del estado, y las organizaciones sociales al interior del municipio son una gran parte de la estructuración del territorio. **(CONEVAL, 2022)**

POBLACIÓN

La población total del municipio en 2020 fue de 234,661 personas, siendo el 4.2% de la población estatal y ocupando el 3er lugar de mayor número de habitantes a nivel estatal. La mayor proporción, al igual que a nivel estatal, sigue siendo de mujeres con el 50.7%. **(CPV INEGI, 2020)**



Fuente: Censo de población y vivienda Ocosingo INEGI, 2020.

La edad media es de 20 años, 4 años más joven que la estatal; y se tiene una mayor razón de dependencia de 73.5, en comparación con la estatal de 62.3 personas en edad de dependencia por cada 100 en edad productiva.

Población total	234 661	representa el 4.2 % de la población estatal
Relación hombres-mujeres	97.3	Existen 97 hombres por cada 100 mujeres.
Edad mediana	20	La mitad de la población tiene 20 años o menos.
Razón de dependencia	73.5	Existen 73 personas en edad de dependencia por cada 100 en edad productiva.

Fuente: Censo de población y vivienda Ocosingo INEGI, 2020.

FECUNDIDAD, NATALIDAD Y MORTALIDAD

El PHNV municipal es de 2.3 hijos por cada mujer de entre 15 a 49 años, a nivel estatal en este grupo de edad de mujeres se tiene un PHNV de 1.8 hijos por mujer. (CPV INEGI, 2020)



FECUNDIDAD Y MORTALIDAD

Promedio de hijas(os) nacidas(os) vivas(os)³

2.3



Porcentaje de hijas(os) fallecidas(os)³

4.0 %

³ Mujeres de 15 a 49 años.

Fuente: Censo de población y vivienda Ocosingo INEGI, 2020.

MIGRACIÓN

La situación migratoria del municipio, de acuerdo con datos del INEGI, se reporta que el 1.1% de su población migró, siendo el trabajo una de las principales causas migratorias.

MIGRACIÓN Población con lugar de residencia en marzo de 2015 distinto al actual²



Fuente: Censo de población y vivienda Ocosingo INEGI, 2020.

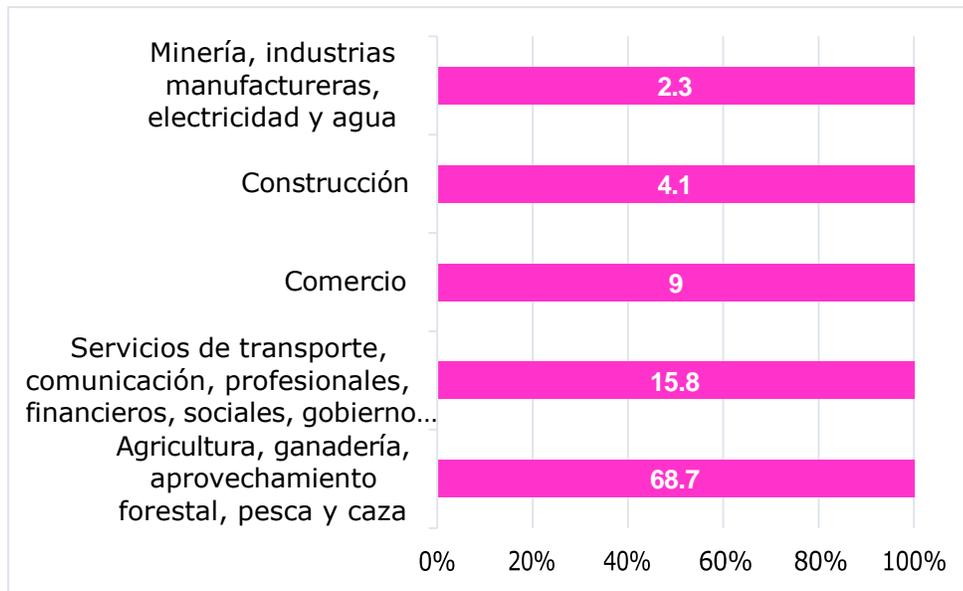
PRODUCTIVIDAD Y ECONOMÍA

En este municipio el 56.3% de su población se encuentra en edad laboral y de la población ocupada labora principalmente en actividades relacionadas con el sector primario dedicado al autoconsumo. **(CONEVAL, 2022)** Tiene un porcentaje del 64.1% de PEA, principalmente hombres, de la cual se encuentra 99.3% ocupada. De su PNEA principalmente es población que se dedica a labores de su hogar (55.6%) y estudiantes (34.9%). **(INEGI, 2020)**



Fuente: Censo de población y vivienda Ocosingo INEGI, 2020.

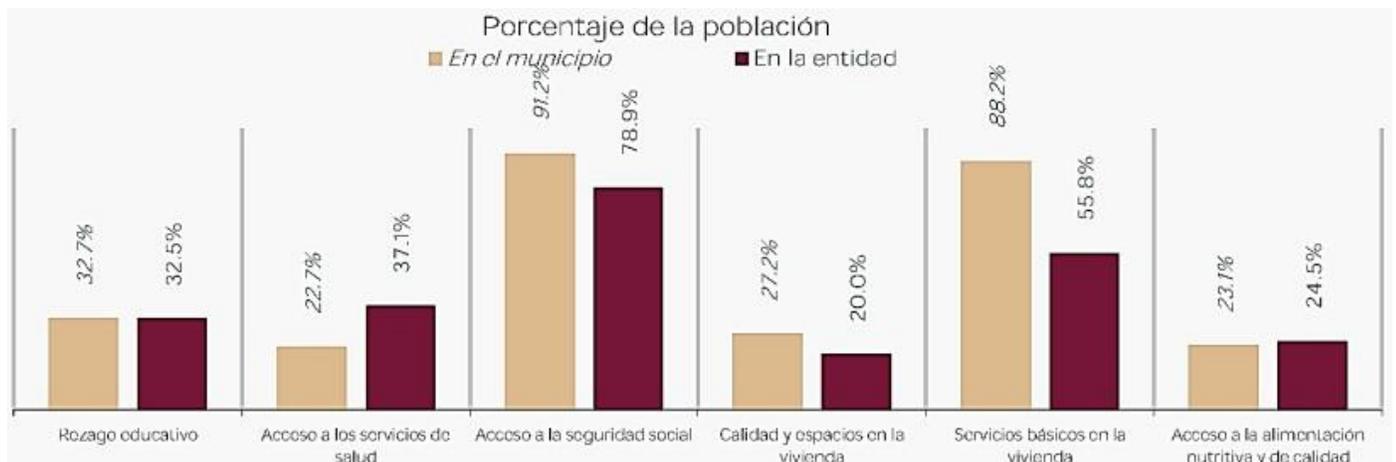
De acuerdo con datos del INEGI 2020 la población del municipio tiene la siguiente distribución por sectores de actividades económicas. **(CPV INEGI, 2020)**



Fuente: Censo de población y vivienda Ocosingo INEGI, 2020.

EDUCACIÓN, VIVIENDA Y SERVICIOS DE SALUD

Ocosingo esta evaluado como un municipio de alto rezago social y muy alta marginación, en la siguiente gráfica podemos ver una comparación con los porcentajes de carencias a nivel estatal. **(CONEVAL, 2022)**



Fuente: Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social Ocosingo, 2022.

EDUCACIÓN

Al 2020 el municipio presenta una proporción del 32.7% de la población con rezago educativo, mientras la proporción a nivel estatal es del 32.5%. **(CONEVAL, 2022)**

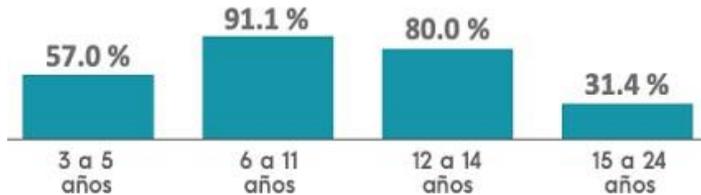
A nivel municipal se tiene una proporción del 21.9% de población analfabeta de 15 años o más, es decir, 1.9 veces mayor a la estatal y 4.6 veces mayor a la nacional. **(CPV INEGI, 2020)**

Tasa de alfabetización

15 a 24 años	93.1 %
25 años y más	70.8 %

Fuente: Censo de población y vivienda Ocosingo INEGI, 2020.

Asistencia escolar



El grado promedio de escolaridad de la población mayor de 15 años, es de 6.3 años de escolaridad, es decir, la primaria completa y menos de la mitad del primer año de secundaria. La razón de esto puede deberse a las condiciones de accesibilidad a infraestructura ya que, para nivel primaria, en 5.2% de las localidades del municipio tienen que realizar traslados a pie de más de una hora; mientras que, para nivel secundaria, en 38.3% de las localidades los tiempos de traslado para los habitantes son de al menos 1 hora a pie hacia una escuela. **(CONEVAL, 2022)**



CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS

Población según nivel de escolaridad⁵



Fuente: Censo de población y vivienda Ocosingo INEGI, 2020.

⁵ De 15 años y más.

Se reporta que el municipio cuenta con 944 escuelas que sostienen una matrícula estudiantil de 69,024 alumnos inscritos con la atención de 3,276 profesores. **(H. A. Municipal, 2018)**

- ✚ 35% (330) corresponden a preescolares.
- ✚ 48.5% (458) son escuelas primarias.
- ✚ 10.9% (103) pertenece a escuelas secundarias.
- ✚ 5.2% (49) de escuelas de nivel medio superior.
- ✚ 0.4% (4) siendo escuelas de nivel superior

Las escuelas de nivel superior solo se encuentran en la cabecera municipal.

VIVIENDA Y SANEAMIENTO

Ocosingo presenta el 27.2% de las viviendas con carencias en la calidad y espacios y vivienda en comparación con el 20% a nivel estatal. Como habíamos comentado antes, las viviendas que están en zonas rurales están en mayor riesgo de presentar esta carencia. En cuanto en las condiciones de vivienda según el INEGI del 2020 en el municipio el 27.2% de las viviendas cuentan con piso de tierra que es más del doble del porcentaje a nivel estatal con el 11%. **(CPV INEGI, 2020)**



VIVIENDA

Total de viviendas particulares habitadas

46 858

representa el 3.5 % del total estatal

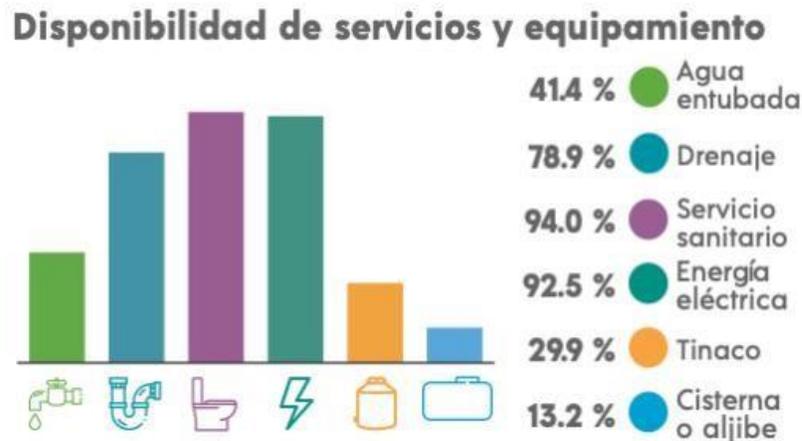
Promedio de ocupantes por vivienda 5.0

Promedio de ocupantes por cuarto 1.7

Viviendas con piso de tierra 27.2 %

**Fuente: Censo de población y vivienda
Ocosingo INEGI, 2020.**

Se registró una carencia de acceso a los servicios básicos en la vivienda del 88.2% de las viviendas en el municipio que tiene un aumento muy considerable, sin mencionar la comparación con el porcentaje a nivel nacional, con el porcentaje a nivel estatal que fue del 55.8%. Derivado de estas carencias en el municipio, se registra que el 11.2% de las viviendas habitadas no cuenta con agua entubada o alguna otra fuente de agua cercana, el 20.1% no tiene drenaje y el 6.5% no cuentan con energía eléctrica. Comparando con las proporciones estatales con el 9% de viviendas con falta de agua entubada, 8.5% sin drenaje y el 1.8% sin energía eléctrica, haciendo evidente el rezago en servicios básicos en las viviendas del municipio. Los porcentajes de servicios disponibles en las viviendas del municipio son los siguientes de acuerdo con el INEGI. **(CPV INEGI, 2020)**



Fuente: Censo de población y vivienda Ocosingo INEGI, 2020.

SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

El INEGI reporta que el 22.7% porcentaje de población municipal no cuenta con acceso a servicios de salud, con 10 puntos porcentuales menos que lo reportado a nivel estatal. De la población municipal que sí se encuentra con acceso a los servicios de salud, el 69.5% se encuentra con algún tipo de derechohabencia, es una proporción ligeramente más alta a la reportada a nivel estatal con el 66.7%. (CPV INEGI, 2020) En cuanto a la institución con mayor afiliación tenemos al INSABI, con el 61.3% de los afiliados. (CPV INEGI, 2020)



Fuente: Censo de población y vivienda Ocosingo INEGI, 2020.

Referente a los tiempos de traslado hacia las instalaciones de salud, para el primer nivel de atención el 42.7% de la población del municipio tienen que caminar por lo menos media hora hacia el más cercano; mientras que, para los establecimientos de segundo y tercer nivel aumentan los tiempos de traslado, reportándose que 7 de cada 10 habitantes debe caminar por lo menos dos horas para

acudir a una institución de segundo nivel. Al no contar con un tercer nivel de atención, cuando se refieren a los pacientes a especialidades de tercer nivel se tendrán que trasladar a Tuxtla Gutiérrez, Tapachula o incluso hasta Villa Hermosa, Tabasco, teniendo que conseguir transporte para salir del municipio. **(CONEVAL, 2022)**

En el municipio, las instalaciones para la atención médica de la población disponibles son:

- ✚ 23 centros de salud rurales de IMSS Bienestar.
- ✚ 39 unidades médicas rurales y casas de salud de SSA.
- ✚ 1 unidad de medicina familiar del ISSSTE.
- ✚ 1 unidad de medicina familiar del ISSTECH.
- ✚ 1 clínica de la Cruz Roja.
- ✚ 2 hospitales de segundo nivel de atención de Secretaría de Salud e IMSS:
 - ✓ Hospital Básico Comunitario de la Secretaría de Salud, atiende a la población no asegurada, que cuenta con una clínica de la mujer y 20 camas censables. Destinado para la atención de 200 mil habitantes de diversas comunidades del municipio.
 - ✓ Hospital Rural No. 32 del IMSS-Bienestar, brindando atención a más de 230 mil personas, con 45 camas censables y 15 no censables.

A excepción de los centros de salud rurales y casas de salud, los cuales muchos carecen de personal médico y son atendidos por personal de enfermería o promotores; las demás instalaciones de atención médica como los hospitales de 2° nivel de atención se encuentran en la cabecera municipal Ocosingo, por lo que las personas deben trasladarse a la 105 cabecera municipal en caso de requerir atención más especializada, de mayor complejidad o simplemente donde se encuentren los insumos necesarios para su atención. Aunque también al llegar a las instalaciones de estos hospitales, encontramos que presentan bastantes deficiencias como falta de personal especializado; contar con pocos insumos y medicamentos, en donde las personas tienen que comprar desde material como jeringas hasta medicamentos especializados; poca disponibilidad

para realizar estudios de gabinete o en muchas ocasiones que se encuentren descompuestos los aparatos para realizarlos, por lo que los pacientes deben realizarlos de forma particular y costearlos, lo que finalmente conduce a que la atención médica termine siendo muy costosa y que el proceso de atención sea largo. Para el 2020 se registra una carencia de acceso a la seguridad social municipal del 91.2%, 12.3 puntos porcentuales por encima del porcentaje estatal. Y es casi 40 puntos porcentuales más alta que la reportada a nivel nacional. **(CPV INEGI, 2020)**

LAS TAZAS

El ejido Las Tazas está ubicado en el estado de Chiapas, en la zona del municipio federal Ocosingo en dirección este. Tiene una población total aproximada de 1380 habitantes. **(IMSS, 2018)**

VÍAS DE ACCESO Y TRANSPORTE

Las Tazas se encuentra ubicada a 75 kilómetros de la cabecera municipal de Ocosingo, a unas 6 horas aproximadamente en transporte público utilizando la carretera que va hasta el ejido, en donde aproximadamente más de la mitad del trayecto es terracería.

El medio de transporte para llegar a esta comunidad es por medio de camionetas denominadas redilas (ya sea para el transporte de personas y/o mercancía) las cuales salen de la cabecera municipal de Ocosingo en un horario de 12 pm cuando se comienza a cargar la primera redila hasta las 2 pm aproximadamente que sale la última redila de Ocosingo a Las Tazas. Cada viaje tiene un costo de \$80 sin mercancía adicional, si se desea viajar fuera de ese horario o traslado de urgencia se contrata como viaje particular por el cual se cobra un precio “especial” que oscila alrededor de \$1500 como mínimo. El número de redilas que salen por día es variable ya que depende de en qué tiempo se llena cada redila para su salida.

Los medios de comunicación en Las Tazas y sus alrededores son escasos por lo que la forma de comunicarse es por medio de radio satelital y fichas de wifi ya que la señal telefónica es inexistente, por ello, muchas familias adquieren ambos medios alternos para poder comunicarse con sus familiares de otras comunidades o pasar mensajes, y tienen canales y códigos específicos para poder identificar cuando el mensaje es para una persona o familia determinada.

ETNIA Y LENGUA

Las Tazas pertenece a la etnia indígena tseltal de igual forma su idioma es el tseltal; no se obtienen datos exactos pero se estima que mayoritariamente la población es bilingüe, es decir que hablan su lengua materna y el español, aunque hay algunos casos en donde las personas solo hablan únicamente su lengua o bien, solo el español.

EDUCACIÓN, VIVIENDA Y SERVICIOS DE SALUD

Las Tazas cuenta con 2 escuelas primarias, una escuela secundaria y 1 una escuela de nivel medio superior (COBACH). Actualmente no cuenta con una escuela que este activa para la población perteneciente 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 95% de acuerdo a percepción propia, estos niños no hablan el español en un rango de edad de 3 a 8 años.

Desde el 2022, se inició un proyecto de educación autónoma dirigido a las 2 promotoras de la C.A.Z. “De Los Pobres” el cual se ha ido expandiendo hasta el día de hoy (2023) apoyando a niños y niñas zapatistas de esta comunidad.

VIVIENDA Y SANEAMIENTO

Las Tazas es una comunidad catalogado con un grado de marginación muy alto con un estatus activo. Para el año 2022 hay un aproximado de 2500 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% de los habitantes cuentan con electricidad, al igual que el agua entubada y sanitario.

Algunas de las tiendas y establecimientos alimenticios que existen en la comunidad ya cuentan con tecnología como televisores con señal por cable, refrigeradores, computadoras, teléfono fijo 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 el internet satelital. En el año 2020 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.

SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

En el ejido Las Tazas se cuenta con 2 opciones que brindan servicios básicos de salud, la Unidad Médica Rural (UMR) IMSS y la C.A.Z. “De Los Pobres” las cuales se ubican relativamente cerca.

La UMR cuenta el espacio básico e indispensable para brindar atención primaria.

La C.A.Z. “De Los Pobres” cuenta con dos consultorios, uno destinado a la consulta médica y otro destinado para consulta dental, también cuenta con un área para la atención de partos la cual actualmente funge como bodega, farmacia, área de lavado, dormitorios, sanitarios, cocina y un pequeño espacio que se ha destinado y acondicionado para iniciar y retomar un proyecto de educación autónoma. Cabe mencionar que la clínica no cuenta con todos los recursos necesarios pero tiene los insumos e instrumental suficiente para realizar procedimientos básicos y así, brindar una buena atención medica – dental.

Esta es una clínica atendida por promotoras de salud en conjunto de médicos/as y estomatólogos/as pasantes del servicio social por parte de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco que está bajo la coordinación de un equipo médico y representante de una asociación civil bajo el nombre de SADEC.

Por otro lado, cuando ocurre alguna urgencia médica que no pueda resolverse dentro la clínica, es necesario recurrir a otras alternativas y en esta comunidad como parte de la cobertura gubernamental la institución más cercana como red de apoyo, es el “Hospital Básico Comunitario 20 camas” el cual pertenece a la secretaria de salud y el “Hospital Rural No. 32” que pertenece al IMSS – Bienestar.

Las herramientas disponibles que se tienen en esta para la consulta dental son: el consultorio dental, farmacia valoración y seguimiento dental. Cada consultorio dental de las C.A.Z. se encuentra equipado con los insumos e instrumental esencial para realizar tratamientos sencillos.

C.A.Z. “De Los Pobres”, Las Tazas, Ocosingo, Chiapas, México

EQUIPO	MATERIAL DENTAL	INTRUMENTAL
Sillón dental	Resina varios tonos	Básicos 1x4
Banco de operador	Amalgama	Curetas
Esterilizador de calor seco	Ionómero de vidrio	Explorador de conductos
Zona de lavado	Formocresol	Jeringa arpule
Banco de operador	Óxido de zinc y eugenol	Espátula de resina
Mueble de materiales	Obturador provisional	Equipo de amalgama
Compresor	Alginato	Dicalera
Pieza de alta velocidad	Yeso	Espátula para cemento
Pieza de baja velocidad	Adhesivo universal	Cucharillas de impresión
Escariador	Ácido grabador universal	Fresas de diamante y carburo
Puntas de cavitación	Sellador de conductos	Elevadores
Escupidera	Dycal	Fórceps
_____	MTA	Legras
_____	Hidróxido de calcio puro	Lima para hueso
_____	Ultrapex	Fresas de baja para Cirugía
_____	Amalgagloss	Banda matriz
_____	Pasta profiláctica	Cepillo y copas Profilácticas
_____	Monómero	Papel de articular
_____	Acrílicos	Hilo dental
_____	Separador de yeso	Gutapercha
_____	Cavit	Limas de endodoncia 1ra y 2da serie
_____	_____	Puntas de papel 1ra y 2da serie



Las Tazas, Ocosingo, México. KLMP, DICIEMBRE 2022.



C.A.Z. "De Los Pobres" y área dental, Las Tazas. KLMP, AGOSTO 2022.

LA GARRUCHA

El ejido La Garrucha está ubicado al nororiente del estado de Chiapas, en la zona selva - tseltal del municipio federal Ocosingo y paralelamente en la administración zapatista en el municipio autónomo Francisco Gómez. Se creó por dotación con fecha de publicación del 21 de octubre de 1954, posteriormente el 17 de enero de 1996 se publica una ampliación quedando con una superficie de 4,722,408.56 hectáreas. En el norte colinda con la comunidad de Patihuitz, al sur con El Triunfo, al este con La Esperanza y al oeste con Las Delicias.

De acuerdo con los datos del censo realizado en el año 2015 por promotores de salud, se registró un total de 120 familias, de las cuales 59 familias pertenecen al EZLN y 61 familias son partidistas. La población total fue de 575 personas, con el 49% de hombres y 51% de mujeres; cabe mencionar que en el transcurso de los años este censo no ha sido actualizado.

VÍAS DE ACCESO Y TRANSPORTE

La Garrucha se encuentra ubicada a 52 kilómetros de la cabecera municipal de Ocosingo, a 2 horas aproximadamente en transporte público utilizando la carretera que va de Ocosingo a San Quintín conectándose con Las Margaritas, donde aproximadamente la mitad del trayecto se encuentra pavimentado y el resto es terracería. Existe una ruta alternativa para llegar, aunque es un trayecto principalmente de terracería y toma en promedio 5 horas para llegar a La Garrucha tomando la misma carretera desde San Quintín.

El medio de transporte para llegar a todas las comunidades de esa ruta (Ocosingo – San Quintín) es por medio de camionetas denominadas redilas para el transporte de personas y mercancía. Por la ruta de San Quintín - Ocosingo, las redilas salen a partir de las 12 am hacia Ocosingo; por lo que pasan por La Garrucha a partir de las 3 am.

Todos los transportes salen de la cabecera municipal de Ocosingo, y las que llevan la ruta hacia San Quintín tienen un horario matutino de 5 am cuando se comienza a cargar la primera redila hasta 2 pm aproximadamente que sale la última redila de Ocosingo a San Quintín. Cada viaje tiene un costo de \$50 sin mercancía adicional, si se desea viajar fuera de ese horario o traslado de urgencia se contrata como viaje particular por el cual se cobra un precio “especial” que oscila alrededor de \$1500 como mínimo. El número de redilas que salen por día es variable ya que depende de en qué tiempo se llena cada redila para su salida.

Los medios de comunicación en La Garrucha y sus alrededores son escasos por lo que la forma de comunicarse es por medio de radio satelital y fichas de wifi ya que la señal telefónica es

inexistente, por ello, muchas familias adquieren ambos medios alternos para poder comunicarse con sus familiares de otras comunidades o pasar mensajes, y tienen canales y códigos específicos para poder identificar cuando el mensaje es para una persona o familia determinada.

ETNIA Y LENGUA

La Garrucha pertenece a la etnia indígena tseltal de igual forma su idioma es el tseltal; no se obtienen datos exactos pero se estima que mayoritariamente la población es bilingüe, es decir que hablan su lengua materna y el español, aunque hay algunos casos en donde las personas solo hablan únicamente su lengua o bien, solo el español.

EDUCACIÓN, VIVIENDA Y SERVICIOS DE SALUD

El acceso a la educación en las comunidades rurales indígenas es sumamente limitado y complicado, por fortuna, La Garrucha cuenta con educación básica nivel preescolar y nivel primaria. Indudablemente, esto es un gran logro para evitar el analfabetismo en las comunidades indígenas, aunque desgraciadamente la cantidad de personas que asisten a la escuelita comunitaria es casi nula reportando en promedio de 10 a 15 niños en toda la comunidad y sus alrededores.

VIVIENDA Y SANEAMIENTO

En su mayoría, las viviendas están construidas de madera con un techo de lámina. Otras familias que cuentan con mayores recursos, construyen sus casas con tabique y piso de cemento o incluso de azulejo.

Se cuenta con energía eléctrica y alumbrado público la cual es proporcionada por la comisión federal de electricidad (CFE), permitiendo así que la mayoría de los habitantes, cuenten con focos que alumbren su hogar.

Por otro lado, el abastecimiento de agua es proporcionada por un ojo de agua el cual en los últimos meses se ha visto con dificultad a su acceso porque la tubería se encuentra en la propiedad privada, generando así el desabasto de este recurso vital para la vida cotidiana de los habitantes de La Garrucha y sus alrededores.

SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

La Garrucha cuenta con 2 clínicas autónomas, una destinada a brindar consulta médica – dental nombrada “Jesús de la Buena Esperanza” y la otra destinada a la atención de partos nombrada “Comandanta Ramona”.

La C.A.Z. “Jesús de la Buena Esperanza” cuenta con dos consultorios, uno destinado a la consulta médica y otro destinado para consulta dental, también cuenta con un área para la atención de partos, área de hospitalización, farmacia, área de lavado, dormitorios, sanitarios, cocina, cuartos destinados como bodega, tienda. Cabe mencionar que las clínicas no cuentan con todos los recursos necesarios pero tiene los insumos e instrumental suficiente para realizar procedimientos básicos y así, brindar una buena atención medica – dental.

Esta es una clínica atendida por promotores de salud en conjunto de médicos/as y estomatólogos/as pasantes del servicio social por parte de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco que está bajo la coordinación de un equipo médico y representante de una asociación civil bajo el nombre de SADEC.

Por otro lado, cuando ocurre alguna urgencia médica que no pueda resolverse dentro la clínica, es necesario recurrir a otras alternativas y en esta comunidad como parte de la cobertura gubernamental la institución más cercana como red de apoyo, es el “Hospital Básico Comunitario 20 camas” el cual pertenece a la secretaria de salud y el “Hospital Rural No. 32” que pertenece al IMSS – Bienestar.

Las herramientas disponibles que se tienen en esta para la consulta dental son: el consultorio dental, farmacia valoración y seguimiento dental. Cada consultorio dental de las C.A.Z. se encuentra equipado con los insumos e instrumental esencial para realizar tratamientos sencillos.

C.A.Z. “Jesús de la Buena Esperanza”, La Garrucha, Ocosingo, Chiapas, México

EQUIPO	MATERIAL DENTAL	INTRUMENTAL
Sillón dental	Resina varios tonos	Básicos 1x4
Banco de operador	Amalgama	Curetas
Esterilizador de calor seco	Ionómero de vidrio	Explorador de conductos
Zona de lavado	Formocresol	Jeringa arpule
Banco de operador	Óxido de zinc y eugenol	Espátula de resina
Mueble de materiales	Obturador provisional	Equipo de amalgama
Compresor	Alginato	Dicalera
Pieza de alta velocidad	Yeso	Espátula para cemento
Pieza de baja velocidad	Adhesivo universal	Cucharillas de impresión
Escariador	Ácido grabador universal	Fresas de diamante y carburo
Puntas de cavitación	Sellador de conductos	Elevadores
Escupidera	Dycal	Fórceps
Aparato de rayos X	MTA	Legras
Caja de revelado	Hidróxido de calcio puro	Limador de hueso
_____	Líquidos reveladores para radiografía	Ganchos para revelar
_____	Radiografías	_____
_____	Ultrapex	Fresas de baja para Cirugía
_____	Amalgagloss	Banda matriz
_____	Pasta profiláctica	Cepillo y copas Profilácticas
_____	Monómero	Papel de articular
_____	Acrílicos	Hilo dental
_____	Separador de yeso	Gutapercha
_____	Cavit	Limas de endodoncia 1ra y 2da serie
_____	_____	Puntas de papel 1ra y 2da serie



Caracol III, La Garrucha, Ocosingo, México. KLMP, NOVIEMBRE 2022.



C.A.Z. "Jesús de la Buena Esperanza" (Caracol III) y área dental, La Garrucha. KLMP, NOVIEMBRE / OCTUBRE 2022 – 2023.

CHILÓN

Ubicado entre los límites de las montañas de oriente del estado de Chiapas.

El municipio de Chilón colinda al norte con los municipios de Tumbalá, Yajalón, Tila, Salto de Agua y Palenque, al este y al sur con el municipio de Ocosingo, al oeste con Sitalá, San Juan Cancuc, Pantelhó y Simojovel de Allende.

Chilón es un municipio con alcance y relación con al menos dos municipios importantes en el Estado de Chiapas, Ocosingo y Palenque.



Localización del municipio de Chilón, Chiapas, México.

DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL

Tiene una extensión territorial de 1674.5 km² y ocupa el 2.3% del territorio estatal.

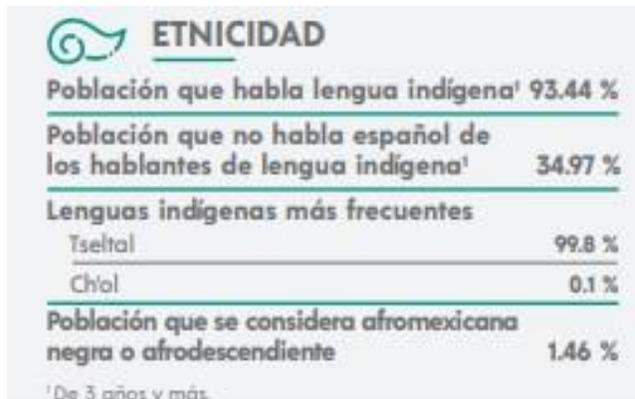
Una de sus localidades con mayor cantidad de población es su cabecera municipal Chilón. (CPV INEGI, 2020)



Fuente: Censo de población y vivienda Chilón INEGI, 2020.

MULTICULTURALIDAD Y ETNIA

En el municipio hay personas que aún mantienen su idioma materno de acuerdo con su pueblo originario, siendo los más frecuentes el tsel'tal y ch'ol.

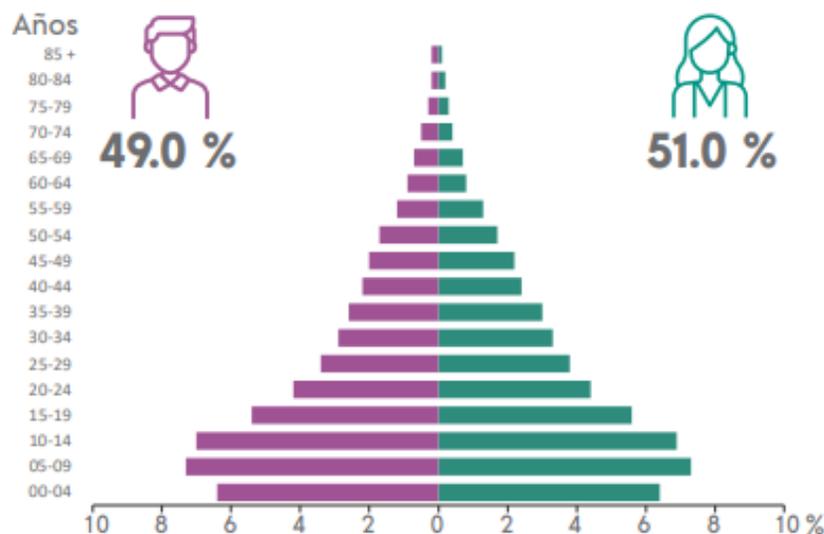


Fuente: Censo de población y vivienda Chilón INEGI, 2020.

En este municipio la mayoría de la población es indígena; los grupos indígenas con mayor representación en esta zona son los tsel'tales quienes cuentan con formas de organización distintas a las del estado, y las organizaciones sociales al interior del municipio son una gran parte de la estructuración del territorio. **(CONEVAL, 2022)**

POBLACIÓN

La población total del municipio en 2020 fue de 137,262 personas, siendo el 2.5% de la población estatal. La mayor proporción, al igual que a nivel estatal, sigue siendo de mujeres con el 51.0%. **(CPV INEGI, 2020)**



Fuente: Censo de población y vivienda Chilón INEGI, 2020.

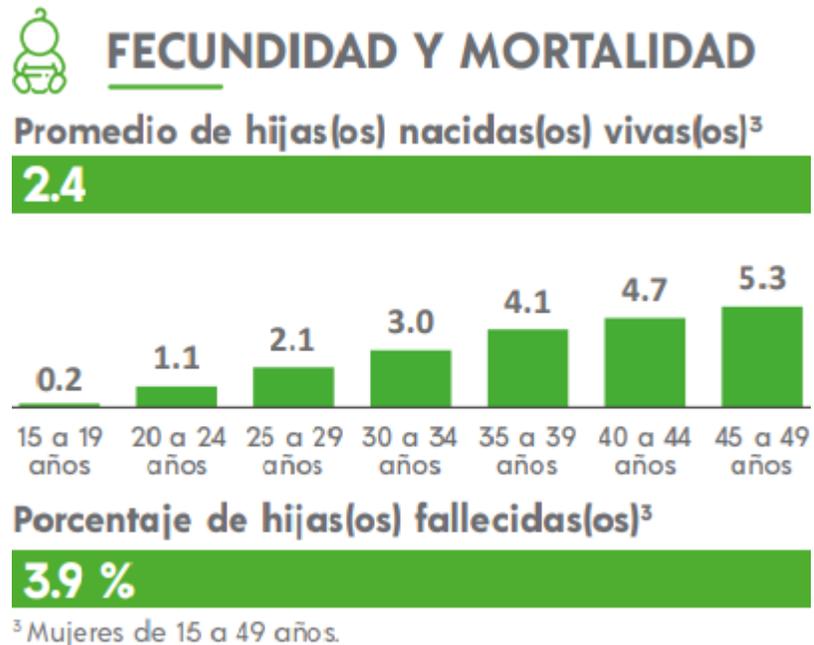
La edad media es de 18 años y se tiene una mayor razón de dependencia de 81.6, en comparación con la estatal de 62.3 personas en edad de dependencia por cada 100 en edad productiva.

Población total	137 262 <small>representa el 2.5 % de la población estatal</small>
Relación hombres-mujeres	96.2 <small>Existen 96 hombres por cada 100 mujeres.</small>
Edad mediana	18 <small>La mitad de la población tiene 18 años o menos.</small>
Razón de dependencia	81.6 <small>Existen 81 personas en edad de dependencia por cada 100 en edad productiva.</small>

Fuente: Censo de población y vivienda Chilón INEGI, 2020.

FECUNDIDAD, NATALIDAD Y MOTALIDAD

El PHNV municipal es de 2.4 hijos por cada mujer de entre 15 a 49 años, a nivel estatal en este grupo de edad de mujeres se tiene un PHNV de 1.8 hijos por mujer. **(CPV INEGI, 2020)**



Fuente: Censo de población y vivienda Chilón INEGI, 2020.

MIGRACIÓN

La situación migratoria del municipio, de acuerdo con datos del INEGI, se reporta que el 0.8 % de su población migró, siendo el trabajo una de las principales causas migratorias.



MIGRACIÓN

Población con lugar de residencia en marzo de 2015 distinto al actual²



Fuente: Censo de población y vivienda Chilón INEGI, 2020.

PRODUCTIVIDAD Y ECONOMÍA

En este municipio se tiene un porcentaje del 77.6% de PEA, principalmente hombres, de la cual se encuentra 99.8% ocupada. De su PNEA principalmente es población que se dedica a labores de su hogar (51.5%) y estudiantes (35.6%). (INEGI, 2020)



Fuente: Censo de población y vivienda Chilón INEGI, 2020.

EDUCACIÓN, VIVIENDA Y SERVICIOS DE SALUD

En 2020, los principales grados académicos de la población de Chilón fueron:

- ✚ Primaria (44.8%)
- ✚ Secundaria (27.8%)
- ✚ Preparatoria (23.5%)

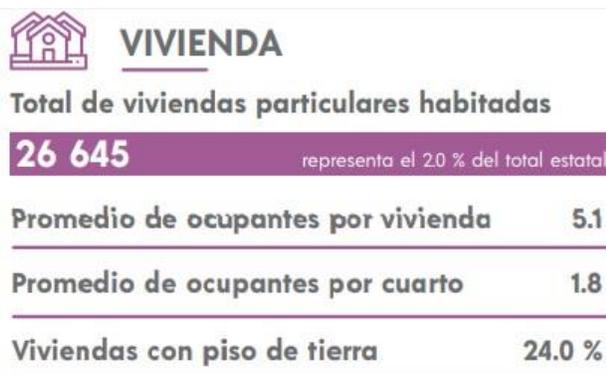
La tasa de analfabetismo de Chilón en 2020 fue 26.6%, del total de población analfabeta, 31.1% correspondió a hombres y 68.9% a mujeres. La gráfica muestra la distribución porcentual de la población de 15 años y más en Chilón según el grado académico aprobado.



Fuente: Censo de población y vivienda Chilón INEGI, 2020.

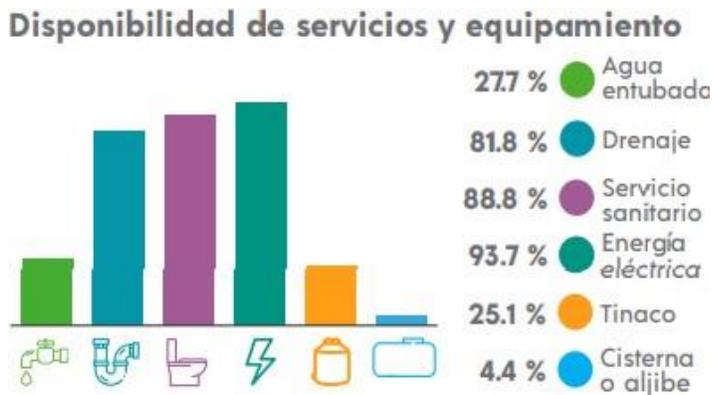
VIVIENDA Y SANEAMIENTO

Como ya se ha comentado antes, las viviendas que están en zonas rurales están en mayor riesgo de presentar esta carencia. En cuanto en las condiciones de vivienda según el INEGI del 2020 en el municipio el 24.0% de las viviendas cuentan con piso de tierra. **(CPV INEGI, 2020)**



Fuente: Censo de población y vivienda Chilón INEGI, 2020.

Los porcentajes de servicios disponibles en las viviendas del municipio son los siguientes de acuerdo con el INEGI. (CPV INEGI, 2020)



Fuente: Censo de población y vivienda Chilón INEGI, 2020.

SAN JERÓNIMO TULIJÁ

San Jerónimo Tulijá, es una comunidad que se fundó en 1953 por campesinos de etnia indígena tseltal. Se encuentra ubicada al noroeste del estado de Chiapas en la región denominada selva. La población total de San Jerónimo Tulijá es de 1763 habitantes, dentro de todos los pueblos del municipio, se posiciona en quinto lugar en cuanto a su número de habitantes.

La comunidad colinda con los municipios de Ocosingo, Salto de Agua y Palenque. Se encuentra a 8 horas de la capital Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Se le adjudica el nombre de microrregión ya que está integrada por varias rancherías como: El Diamante, Ampliación, Joltulijá, El Piedrón, Amaytic, Estrella de Belén, Chajtetic, Santa Cruz Tulijá, San Miguel Tulijá, entre otras. Todas las rancherías se conectan con la comunidad de San Jerónimo Tulijá, porque es el centro de llegada y salida de muchas rancherías.

VÍAS DE ACCESO Y TRANSPORTE

San Jerónimo Tulijá se encuentra ubicado a 67 kilómetros de la cabecera municipal de Palenque, a 2 horas aproximadamente en transporte público utilizando la carretera que va de Palenque a Santo Domingo conectándose con Crucero Piñal, donde aproximadamente la mitad del trayecto se encuentra pavimentado y el resto es terracería.

El medio de transporte para llegar a San Jerónimo Tulijá es por medio de camionetas denominadas urvan ya sea para el transporte de personas y/o mercancía. Todos los transportes salen de la cabecera municipal de Palenque en un horario matutino aproximado de 8 am cuando se comienza a cargar la primera urvan hasta 2 pm aproximadamente que sale la última urvan de Palenque a Santo Domingo. Cada viaje tiene un costo de \$60 sin mercancía adicional, el cual es necesario detener en Crucero Piñal para continuar el viaje en un taxi o moto hacia San Jerónimo Tulijá el cual tiene un costo de \$30 en promedio. Si se desea viajar fuera de ese horario o traslado de urgencia desde la comunidad, se contrata como viaje particular por el cual se cobra un precio “especial” que oscila alrededor de \$1000 como mínimo. El número de urvans que salen por día es variable ya que depende de en qué tiempo se llena cada redila para su salida.

ETNIA Y LENGUA

San Jerónimo Tulijá pertenece a la etnia indígena tseltal de igual forma su idioma es el tseltal; no se obtienen datos exactos pero se estima que mayoritariamente la población es bilingüe, es decir que hablan su lengua materna y el español, aunque hay algunos casos en donde las personas solo hablan únicamente su lengua o bien, solo el español.

EDUCACIÓN, VIVIENDA Y SERVICIOS DE SALUD

La comunidad cuenta con servicios para la educación básica, media y media superior.

El Jardín de niños (preescolar) “Carmen Serdán”, alberga a niños de 3 a 6 años de edad y es una institución que cuenta con docentes bilingües quienes hablan alguna lengua indígena (tseltal mayoritariamente) y el español.

También hay dos escuelas primarias básicas:

La escuela primaria bilingüe “Adolfo López Mateos” en donde también laboran maestros que son bilingües dominando el español y alguna lengua indígena. Esta es una institución que ya cuenta con todos sus servicios básicos.

La escuela primaria federal “Cuauhtémoc” la cual es conocida por ser monolingüe ya que es atendida por maestros que hablan y dominan una sola lengua que es el español. Esta institución, también cuenta con todos sus servicios básicos.

Por otro lado, está la telesecundaria que ofrece educación de primer a tercer grado de este nivel, de igual manera se encuentra el colegio de bachilleres para nivel medio superior.

La educación en esta comunidad tiene una característica en común, los alumnos tienen un horario para descanso y tomar el desayuno, en el cual se les permite salir de la escuela para ir a sus casas a desayunar para posteriormente reanudar sus clases. Durante el periodo de servicio se tuvo la oportunidad de convivir con los alumnos de las diversas escuelas en donde me percaté que la población estudiantil mantiene una comunicación entre ellos en tseltal, pero con sus docentes se comunican en español.

VIVIENDA Y SANEAMIENTO

Los materiales utilizados para construir las viviendas son tabique, ladrillo, block, piedra, cantera, concreto (78.3%), cemento (73.8%), viguetas con bovedilla (58.5%). Del total de las viviendas, solo el 52.4 % disponen de agua entubada dentro de la misma, el 97.7 % cuentan con energía eléctrica y el 57.3 % tienen drenaje conectado a la red pública. De las viviendas particulares habitadas que cuentan con energía eléctrica, el 65.9 % tienen de uno a cinco focos.

Durante el acompañamiento a los compañeros médicos a consultas a domicilio y durante la convivencia con los habitantes del ejido, es posible apreciar las características comunes de sus viviendas. Mayoritariamente, las casas tienen piso de concreto, en su interior hay pocos cuartos los cuales están divididos en la sala el cual es el espacio destinado que ellos utilizan para adecuar sus dormitorios ya sea colocando bases de madera sobre las que algunas familias tienen un colchón, otros colchonetas o bien, hamacas. La cocina está en el exterior ya que la mayoría de las familias acostumbran a cocinar con leña; para el sanitario cuentan con un pequeño espacio destinado donde pocas familias cuentan con regadera y para el uso del inodoro, mayoritariamente se cuenta con letrinas ya que el servicio de drenaje no está al alcance de todos.

En su mayoría las viviendas son habitadas y compartidas hasta por 4 generaciones (abuelos, padres, hijos y nietos) y están ubicadas en un terreno extenso (sin tomar en cuenta las hectáreas que poseen los ejidatarios) que se destina a la vivienda.

En el ejido se llevó a cabo un proyecto de construcción de “*vivienda digna*” por parte del gobierno en donde se realizó la construcción de pequeños cuartos con una puerta, una ventana y techo de lámina los cuales algunas familias destinan como bodegas o bien, como dormitorios.

SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

San Jerónimo Tulijá, tiene al menos dos opciones de acceso al servicio médico – dental de primer nivel de atención en salud. La Unidad Médica Rural (UMR) IMSS y la Clínica Autónoma Zapatista (“Murcia Elisa Irina Sáenz Garza”), las cuales se ubican a la orilla del ejido, cercanas al río Tulijá que se encuentran separadas por una malla metálica.

La UMR cuenta con los espacios básicos e indispensables para brindar atención primaria, como lo son un área destinada para la consulta médica, recepción, una bodega y farmacia, además de un área verde aún sin construir. Por otra parte, se cuenta con una antena de señal CFE la cual proporciona internet gratuito limitado a ciertos sitios la cual solo funciona cuando está encendida.

Esta clínica tiene un horario fijo de 8 am a 4 pm los 7 días de la semana, con excepción de los días feriados y días en los que el personal debe acudir a sus reuniones. Los fines de semana únicamente se encuentra la enfermera en el mismo horario. Cuenta con un médico general de base y dos enfermeras; una que cubre de lunes a viernes y otra los fines de semana.

Actualmente, la UMR está siendo remodelada y continúa en obras de construcción, sin embargo continúa laborando en un espacio que previamente era el almacén de la unidad. La presencia de un médico en esta unidad impacta en la comunidad, pues la población ahora tiene dos opciones para acudir a consulta médica.

Por otro lado, la C.A.Z. “Murcia Elisa Irina Sáenz Garza” cuenta con dos consultorios, uno destinado a la consulta médica y otro destinado para consulta dental, también cuenta con un área para la atención de partos, 2 cuartos para hospitalización, farmacia, área de descanso, dormitorios, sanitarios, sala de capacitación, cocina, cuartos destinados como bodega, tienda, cisterna y área de lavado. Cabe mencionar que la clínica no cuenta con todos los recursos necesarios pero tiene los insumos e instrumental suficientes para realizar procedimientos básicos y así, brindar una buena atención médica – dental. Esta es una clínica atendida por promotores de salud en conjunto de médicos/as y estomatólogos/as pasantes del servicio social por parte de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco que está bajo la coordinación de un equipo médico y representante de una asociación civil bajo el nombre de SADEC.

Las herramientas disponibles que se tienen en esta para la consulta dental son: el consultorio dental, farmacia valoración y seguimiento dental. Cada consultorio dental de las C.A.Z. se encuentra equipado con los insumos e instrumental esencial para realizar tratamientos sencillos.

C.A.Z. “Murcia Elisa Irina Sáenz Garza”, San Jerónimo Tulijá, Ocosingo, Chiapas, México

EQUIPO	MATERIAL DENTAL	INTRUMENTAL
Sillón dental	Resina varios tonos	Básicos 1x4
Banco de operador	Amalgama	Curetas
Esterilizador de calor seco	Ionómero de vidrio	Explorador de conductos
Zona de lavado	Formocresol	Jeringa arpule
Banco de operador	Óxido de zinc y eugenol	Espátula de resina
Mueble de materiales	Obturador provisional	Equipo de amalgama
Compresor	Alginato	Dicalera
Pieza de alta velocidad	Yeso	Espátula para cemento
Pieza de baja velocidad	Adhesivo universal	Cucharillas de impresión
Escariador	Ácido grabador universal	Fresas de diamante y carburo
Puntas de cavitron	Sellador de conductos	Elevadores
Escupidera	Dycal	Fórceps
Aparato de rayos X	MTA	Legras
Caja de revelado	Hidróxido de calcio puro	Limador de hueso
Robotín dental	Líquidos reveladores para radiografía	Ganchos para revelar
_____	Radiografías	_____
_____	Ultrapex	Fresas de baja para Cirugía
_____	Amalgagloss	Banda matriz
_____	Pasta profiláctica	Cepillo y copas Profilácticas
_____	Monómero	Papel de articular
_____	Acrílicos	Hilo dental
_____	Separador de yeso	Gutapercha
_____	Cavit	Limas de endodoncia 1ra y 2da serie
_____	_____	Puntas de papel 1ra y 2da serie



San Jerónimo Tulijá, Chilón, México. KLMP, ENERO 2023.



C.A.Z. “Murcia Elisa Irina Sáenz Garza” y área dental, San Jerónimo Tulijá. KLMP, OCTUBRE 2022.

TRATAMIENTOS Y LIMITANTES EN LA CONSULTA DENTAL DE LAS COMUNIDADES EN DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL

En las C.A.Z. se ofrecen y se realizan diversos tratamientos dentales de los cuales el costo es mínimo, ya que solo es de recuperación.

TRATAMIENTO	FUNCIÓN
Profilaxis	Eliminar la acumulación de placa dentobacteriana, prevenir caries y acumulación de cálculo dental.
Eliminación de sarro	Eliminación de la acumulación de sarro, prevención y/o tratamiento de enfermedad periodontal.
Selladores de fosetas y fisuras	Tratamiento preventivo para impedir la acumulación de los depósitos de alimentos y bacterias en las fosas y fisuras en los dientes.
Obturación con resinas	Retiro de lesiones cariosas, obturación permanente de reparación de órgano dentario, recuperación de la estética, masticación y salud dental.
Obturación con amalgama	Retiro de lesiones cariosas, obturación permanente de reparación de órgano dentario, recuperación de la masticación y salud dental. No es estética pero muy funcional.
Reconstrucción de dientes anteriores	Retiro de lesiones cariosas, reparación de piezas dentales, estética.
Endodoncia	Permite salvar las piezas dentales y reducir los casos de extracción.

Extracción simple	Eliminar la pieza dental para recuperar o eliminar dolor.
Extracción compleja	
Cirugía dental	Eliminar la pieza dental para recuperar o eliminar dolor. Procedimiento difícil.
Ajuste de prótesis	Recuperar la masticación, mejorar la calidad de vida, mejorar la autoestima y estética de la sonrisa.
Pulpotomía	Tratamiento dental indicado en dientes temporales con inflamación de la pulpa dental sin llegar a las raíces, utilizado cuando se quiere salvar un diente de la extracción.
Pulpectomía	Tratamiento dental indicado en dientes temporales con daño de pulpa dental cuando ya ha llegado a raíces, utilizado cuando se quiere salvar un diente de la extracción.

Lista de precios del área dental
Clínica "La Murcia"

Procedimiento	Precio	
	C	NC
Limpieza dental (incluye guantes y gases)	\$ 30.00	\$ 60.00
Selladores de Fosetas y Fisuras (incluye guantes y gases)	\$ 20.00	\$ 40.00
Resinas Niñas y niños (incluye guantes y gases)	\$ 25.00	\$ 50.00
Resinas adulto (incluye guantes y gases)	\$ 40.00	\$ 80.00
Amalgamas (incluye guantes y gases)	\$ 30.00	\$ 60.00
Reconstrucción con ionómero (incluye guantes y gases)	\$ 25.00	\$ 50.00
Endodancias anteriores (incluye guantes y gases)	\$ 50.00	\$ 70.00
Endodancias posteriores (incluye guantes y gases)	\$ 75.00 \$ 80.00	\$ 140.00
Extracción de niños (incluye anestesia, guantes, gases y algodón)	\$ 30.00	\$ 60.00
Extracción de adultos (incluye anestesia, guantes, gases y algodón)	\$ 50.00	\$ 100.00 Cinco 2.00
Hoja de bisturí	\$ 10.00	\$ 20.00
Sutura	\$ 70.00	\$ 80.00
Radiografías (incluye guantes)	\$ 20.00	\$ 40.00
Caratización y Barnizado de Res	\$ 30	
Pulpectomía	\$ 50	\$ 60
Obtención prótesis	\$ 15	\$ 30

Los precios de los tratamientos que se ofrecen dentro de las C.A.Z son similares en cada una de ellas, teniendo un costo para los zapatistas (C) y otro para los partidistas (NC).

Lista de precios del área dental en la C.A.Z. "Murcia Elisa Irina Sáenz Garza", San Jerónimo Tulijá. KLMP, OCTUBRE 2022.

Limitantes

En las C.A.Z. se presentan limitantes para realizar diversos tratamientos dentales, ya sea por falta de instrumental, equipo o personal capacitado para llevarlos a cabo; motivo por el cual se refiere a los pacientes y/o se les sugiere acudir a un lugar más especializado.

Clínica Autónoma “De Los Pobres”, Las Tazas, Ocosingo, Chiapas, México

TRATAMIENTO	CAUSA
Prótesis removible y total	Debido a la lejanía de la comunidad al municipio, podría haber un cambio anatómico en los modelos dentales, condiciones climatológicas, falta de laboratorio dental de confianza, falta de equipo e instrumental.
Radiografía periapical	No se cuenta con aparato de rayos X, lejanía al municipio de Ocosingo, costo.

Clínica Autónoma “Jesús de la Buena Esperanza”, La Garrucha, Ocosingo y Clínica Autónoma “Murcia Elisa Irina Sáenz Garza”, San Jerónimo Tulijá, Chilón, Chiapas, México

TRATAMIENTO	CAUSA
Prótesis removible y total	Por las condiciones climatológicas podría haber un cambio anatómico en los modelos dentales, falta de laboratorio dental de confianza, falta de equipo e instrumental.

PRODUCTIVIDAD Y ECONOMÍA DE LAS COMUNIDADES EN DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL

En cuanto a las actividades económicas, la agricultura juega un papel muy importante, la mayoría de las familias se dedican a este sector, sembrando principalmente frijol, maíz y café, que principalmente es para consumo propio. Un pequeño porcentaje se dedica al comercio vendiendo productos de alimentación e higiénicos básicos y ropa que traen de la frontera con Guatemala o bien, de la cabecera municipal de Ocosingo o Chilón según sea el caso. Y finalmente la ganadería, limitándose al cuidado y crianza de gallinas, vacas y caballos.

Es importante mencionar que en La Garrucha, existe un acuerdo comunitario en el que no está permitido la crianza de cerdos ni guajolotes por la suciedad que se genera además de la falta de corrales.

Las familias se dedican al campo en un horario de 5:30 o 6 de la mañana a 1 o 2 de la tarde, de lunes a sábado con 1 día de descanso. Cortar leña y trabajar la milpa es tarea del padre de familia y los hijos pequeños para aprender y ayudar, principalmente en época de siembra. Las mujeres van para cortar algunos productos secundarios de la milpa como la calabaza, hierbamora o el frijol.

La mayoría de las familias cuentan con un terreno para su milpa; a los hombres de la organización zapatista, al cumplir 16 años por derecho se les otorgan algunas hectáreas de tierra recuperada para que puedan trabajarla e iniciar la construcción de su vivienda. El tamaño del terreno otorgado depende de la extensión de tierra recuperada con la que cuente la organización. Cada periodo de siembra es una incógnita la cantidad que se cosechará, ya que el producto depende de muchos factores como el clima, si hay mucha lluvia los campos se pueden inundar y ahogar la cosecha o si hay sequía los brotes se secan y no producirán. Por lo que, si la cosecha no es suficiente para cubrir los requerimientos de la familia por un año, se tiene que recurrir a la comprar de maíz o frijol en algún mercado de Ocosingo o Chilón (según sea el caso); o bien, dentro de las mismas comunidades en donde habitan. Por otra parte, cuando se tiene una buena cosecha y rebasa la cantidad de su consumo anual, se aprovecha para vender el excedente y así obtener recursos económicos adicionales, en menor proporción también se venden las frutas o verduras de temporada que cosechen.

IDEOLOGÍA POLÍTICA DE LAS COMUNIDADES EN DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL

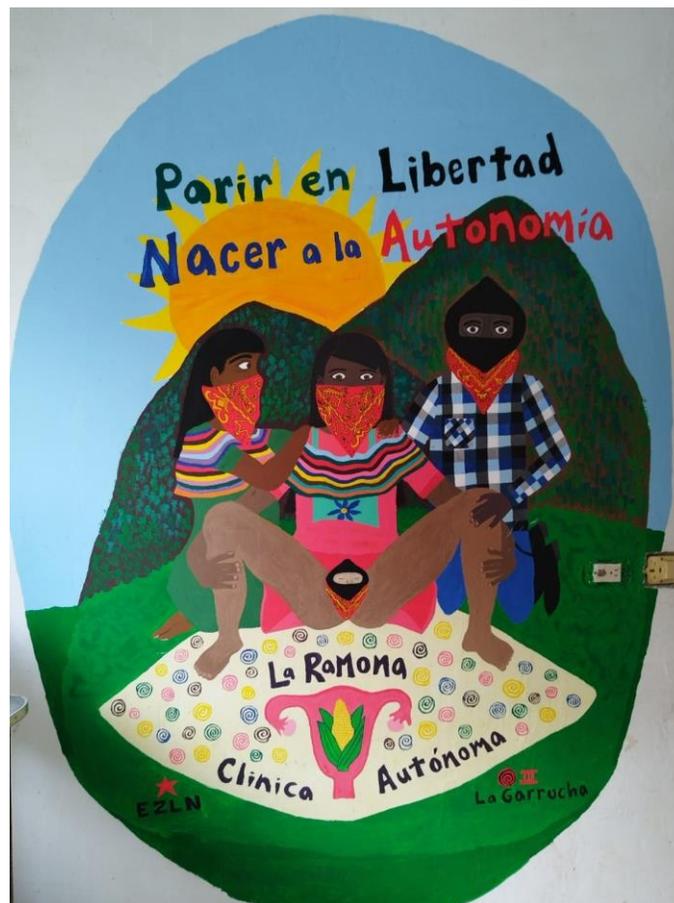
Cada una de las comunidades se encuentra dividida políticamente en dos grupos; uno son los simpatizantes del algún partido político (partidistas) y que se rigen por las leyes federales. La mayoría reciben apoyos por parte del gobierno a través de diversos programas sociales. El otro grupo son los pertenecientes a la organización autónoma del EZLN (compas o compañeros), que como se ha mencionado, su gobierno es autónomo por lo que no reciben apoyo de ninguna instancia del gobierno, siendo apoyados por ONG's nacionales e internacionales.

CONCLUSIONES

Ante el panorama de la situación de salud en las comunidades rurales indígenas en el estado de Chiapas, es imposible considerar a la salud como un derecho humano, ya que aunque el estado mexicano contempla en su constitución a la salud como un derecho social, en la práctica diaria, este derecho no se ve reflejado ni en la existencia de mecanismos para hacerlo exigible, ni en una situación social que permita avalar que el derecho a la salud es una realidad. Por otro lado, en relación a un acceso universal e igualitario a los servicios de salud se puede observar en la realidad mexicana que los encargados de la salud en nuestro país en el discurso, hablan de una cobertura universal, pero en la práctica, se convierte en una concepción libertaria en la que prevalece la idea de escasez de recursos y libertad de elección. La universalidad a la que el estado mexicano se refiere es aquella que se puede alcanzar mediante un programa de acción de la política pública en salud, llamado seguro popular. Este programa abre una opción para que todo el que quiera pueda adquirir un seguro de salud mediante el prepago, para acceder a un mínimo decente de servicios de salud. De esta manera, para el gobierno mexicano la universalidad significa que todos tengan la opción de adquirir un seguro y no la garantía de tenerlo, ya que esto dependerá de la capacidad económica de la población. En cuanto a la igualdad, desde los inicios del Sistema Nacional de Salud, la distribución de los bienes y servicios de salud ha sido desigual. Tomando en cuenta la experiencia de la población con la que se trabajó durante el período de servicio social, considero que con la opción del seguro popular y los seguros privados, la desigualdad puede incrementarse de manera exponencial ya que los que tengan el medio económico para recibir una atención privada, lo harán para incrementar la probabilidad de mejorar la calidad de los servicios requeridos, lo y quienes no puedan acceder a una atención privada (la mayoría de la población), tendrán que continuar con la calidad que los servicios

estatales les puedan proporcionar. Con estos dos aspectos, podemos darnos cuenta que el estado mexicano parte de una concepción libertaria en la que favorece la libertad de elección por encima de la igualdad. Desde mi perspectiva, esta igualdad de elección se encuentra fuertemente condicionada por la capacidad económica que cada miembro de la población tiene.

Finalmente, respecto a qué instancia debe ser responsable de distribuir y proporcionar los servicios de salud en México inicialmente, el estado se hacía cargo de distribuir los bienes de salud, mediante el Sistema Nacional, el cual funcionaba por estratos, dividiendo la atención para los trabajadores y la población abierta. Sin embargo, ante las teorías de escasez de recursos financieros para solventar la distribución de la salud y la baja calidad de los servicios estatales, el estado mexicano ha estado realizando reformas estructurales que favorezcan una distribución de la salud mediante el sistema de mercado. Con este análisis, quiero concluir con la idea general de que la concepción que aventaja en las políticas públicas de nuestro país relacionadas al derecho a la salud, innegablemente son libertarias.



Mural en C.A.Z. “Comandanta Ramona” (Caracol III), La Garrucha, Ocosingo, México. KLMP, NOVIEMBRE 2022.

TERCERA SECCIÓN: SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS, ACTIVIDADES REALIZADAS Y PERFIL DE MORBILIDAD

INTRODUCCIÓN

En esta sección se presentan las actividades de alfabetización, promoción y formación realizadas, así como también se incluyen los programas que SADEC A.C. lleva a cabo en el área de estomatología que fueron aplicados en las diversas C.A.Z. de cada comunidad en donde se brindó la asistencia dental; la aplicación de éstos programas ha permitido obtener el perfil de morbilidad de las comunidades que acuden a consulta a las clínicas, el cual se presenta desglosado a lo largo de la sección.



Mural en C.A.Z. “Jesús de la Buena Esperanza” (Caracol III), La Garrucha, Ocosingo, México. KLMP, NOVIEMBRE 2022.

SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS SADEC

Programa: Fomento a la salud bucal

Objetivo

Llevar a cabo medidas preventivas básicas para elevar la calidad de la salud bucal, unificando estrategias y criterios de operación para la prevención de las enfermedades bucodentales en las poblaciones en donde se brinda el servicio odontológico.

Objetivos específicos

- ✓ Disminución de costos en los tratamientos restaurativos de los pacientes.
- ✓ Elevar el nivel de vida y por ende de salud bucal en la población.
- ✓ Crear la cultura de salud bucal.

Metas

- ✓ Aplicación de flúor a la población infantil cada 6 meses.
- ✓ Revisión del taller de formación de promotores en odontología.

Estrategias y acciones

- ✓ **Fomento a la salud bucal en la consulta**
 - **Control de la placa dentobacteriana (CPDB):** A cada paciente que acuda a consulta dental, se le realizará un CPDB, informándole para que sirve realizarlo y así poder dialogar con él para hacerle ver y entender la importancia de mantener sus dientes sin placa, esto implica que se debe enseñar la importancia de la salud bucal como parte de la salud integral del individuo, informar sobre los padecimientos más frecuentes, sus secuelas, su prevención y control, desarrollar y formar, según sea el caso, hábitos, conductas y prácticas que favorezcan la salud bucal.
 - **Técnica de cepillado:** Esto nos servirá para reforzar la información explicada previamente al

paciente al momento de realizar el CPDB, aquí se le enseñará la manera correcta de cómo mantener una buena higiene bucal, en caso de ser pacientes subsecuentes se realizará el reforzamiento de técnica de cepillado.

- **Aplicación de flúor tópico:** Esto lo realizaremos sobre todo con pacientes jóvenes y que además tengan a la exploración del EPSS, la presencia de caries incipiente.

✓ **Fomento a la salud bucal en campo**

- **Pláticas de fomento a la salud bucal:** Realización de material didáctico que contenga como tema principal la importancia de la salud bucal, del cepillado como técnica preventiva y la educación en la alimentación, sobre cómo y cuándo cepillar los dientes, el papel de la aplicación del flúor, en este caso el flúor tópico que debe aplicarse cada seis meses. Las pláticas se deberán realizar al menos una vez al mes, serán dirigidas a la población infantil y se les invitará a que acudan en compañía de sus padres.
- **Técnica de cepillado:** Esto se deberá realizar en niños de las comunidades, se les convocará de preferencia por las tardes a que acudan a cepillarse los dientes y de esta manera el EPSS en turno, les enseñará la manera correcta de cepillarse los dientes así como la cantidad adecuada de pasta dental a utilizar acorde a la edad.
- **Aplicación de flúor tópico:** Dirigida a la población infantil, idealmente se propone que se realice cada 6 meses la aplicación de flúor tópico si la presentación es en gel. En los casos en los que la comunidad cuente con luz eléctrica se podrá realizar profilaxis, las cuales son las limpiezas dentales realizadas por el EPSS con cepillo y pasta profiláctica.
- **Campañas para el fomento a la salud:** Realizadas en coordinación con el área médica y promotores de salud, la convocatoria será para toda comunidad con población zapatista que quiera participar. Los promotores y autoridades deberán informar que comunidades y cuantas personas participarán, así como los días destinados para ello; el EPSS y MPSS deberán preparar el material e insumos suficientes para los participantes.

El principal objetivo de la realización de campañas médico - dentales es concientizar a la población de la importancia de solucionar patologías en la población en donde se empiece a formar hábitos, costumbres e ideologías que sean reflejadas a futuro y trasciendan a través de los años, además una adecuada intervención, con formas didácticas, dinámicas que sean entendibles y fáciles de comprender para que puedan causar un gran impacto y aceptación ya que la población siempre va a prestar atención a lo que ve y escucha y más aún si este proceso de concientización es dinámico, enfatizado y adecuado, además diseñar jornadas en donde la población infantil junto a sus padres aclararen sus dudas e inquietudes con el fin generar un entorno de confianza en la comunidad y las personas que trabajan en el desarrollo de la campaña, ya que este trabajo es un equipo donde se necesita la cooperación de ambas partes y se requiere una continuidad en el hogar. Con todo esto se va a considerar una campaña que será bien aceptada y que buscará un bienestar en salud oral que cambie la calidad de vida de las personas a futuro.

Resultados

Fecha de campaña: 27 de diciembre del 2022

Comunidad: Las Tazas

Total de asistentes: 8

Se realizó una campaña médica – dental en donde se realizaron actividades en conjunto con mi compañero médico. En cuanto a las actividades correspondientes al área odontológica se realizó la toma de índice de caries y aplicación de flúor que estuvieron dirigidas a la población adulta e infantil de las familias zapatistas, se pidió al coordinador de la C.A.Z. que avisara a las familias zapatistas interesadas para que asistieran con sus hijos a las instalaciones de la Clínica Autónoma de Los Pobres en Las Tazas, la hora de llegada se indicó a las 3:00 pm. En cuestión de organización el patio de la clínica se dividió en dos partes, el área médica (peso, talla, desparasitación y técnica de lavado de manos) y área dental (ceod, técnica de cepillado y aplicación de flúor); la atención se dió de manera individual en donde antes de realizar las actividades se tomaron los datos personales de los asistentes y de manera posterior se procedió a realizar el índice de caries, se le informó a la tía/madre de los asistentes sobre las lesiones cariosas de sus sobrinos e hijo y se le explicó los tratamientos que son necesarios para la rehabilitación de cada uno, se daba técnica de cepillado a cada uno de los asistentes y finalmente se aplicaba flúor en gel explicando

previamente las indicaciones en tseltal y español para agilizar la dinámica grupal y que la estancia no fuera tediosa para ninguno de los participantes.

Como apoyo estuvieron ambas promotoras las cuales aún continúan su capacitación, cada una realizando actividades de apoyo correspondiente a su área. La promotora dental tomó nota de los CEOD, así como también los realizó para reforzar sus conocimientos y aclarar algunas dudas. El comportamiento de los asistentes fue colaborador y bastante aceptable, además de que la tía pidió información sobre cuándo podría asistir a consulta para tratar iniciar los tratamientos de sus sobrinos e hijo. En esta campaña no se encontró un caso peculiar el cual pudiera ser presentado como caso clínico pero lo que si llamó mi atención fue que la mayoría de los niños asistentes presentaban pérdida dental prematura debido a la caries dental. Al finalizar la campaña dental, se les obsequió un cepillo dental desechable recordando la importancia del cepillado dental.



Campaña de prevención y aplicación de flúor en la población infantil de Las Tazas.

KLMP, DICIEMBRE 2022.

Programa: Levantamiento de índice de caries (CPOD)

El levantamiento de índice de dientes cariados, perdidos, obturados y total de dientes (CPOD) describe numéricamente los resultados del ataque de caries en las piezas dentarias permanentes de una persona, una población. Cuando el estudio es realizado en una población de niños que presentan dentición mixta, se utiliza el índice cpod para describir la prevalencia de caries en los dientes temporales; los criterios de clasificación son los mismos de los dientes permanentes, a excepción de unas reglas especiales. Conocer la experiencia de caries dental pasada, tanto en dentición primaria como permanente, facilita la detección temprana de niños con alta probabilidad de presentar un número elevado de lesiones cariosas en la dentición permanente.

Objetivos

- ✓ Conocer las características bucodentales en pacientes localizados en zonas rurales para poder diseñar programas de prevención y rehabilitación bucal de acuerdo a las necesidades de la población.
- ✓ Llevar un mejor seguimiento del paciente que acude a consulta dental en las comunidades de estudio.
- ✓ Cuantificar el daño bucodental en las comunidades de estudio.

Estrategias

- ✓ Dar a conocer el objetivo de este estudio. al comité y/o responsables encargados de la Clínica Autónoma Municipal.
- ✓ Convocar a asamblea de comunidad y/o informar a la población.
- ✓ Seleccionar a las personas que participarán, voluntarios y / o pacientes según la demanda y captación.
- ✓ En el caso de las personas seleccionadas por captación citarlos a una hora previamente establecida.

Actividades

- ✓ Se realizará a las personas que participen una breve historia clínica.

- ✓ El índice CPOD será determinado por medio del examen visual con exploradores de punta fina. Los criterios de evaluación del CPOD utilizados se diseñaron siguiendo las normas internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Categoría	Niños de 12 años de edad
Muy bajo	< 1.2
Bajo	1.2 - 2.6
Moderado	2.7 - 4.4
Alto	4.5 - 6.5
Muy alto	> 6.5

Categorización de la experiencia de caries en dentición permanente. Fuente: Valdez, 2018.

Consideraciones especiales (Valdez, 2018):

- ✓ Un diente con erupción incompleta es posible considerarlo para el examen, cuando cualquier porción de su superficie estuviese expuesta en la cavidad bucal y pudiese ser tocada por la sonda.
- ✓ Un diente es considerado presente, aun y cuando su corona este totalmente destruida, incluso cuando lo único visible sean sus raíces.
- ✓ Los dientes supernumerarios no son considerados para este índice.
- ✓ Si un diente temporal no ha sido exfoliado y su sucesor permanente está presente, se registra solamente el permanente.
- ✓ Cuando existe duda entre si el diente presente es un primer premolar, o un segundo premolar, se registrará siempre como si fuera el primer premolar.

- ✓ Cuando se tiene duda en la condición que presenta el diente, siempre se registrará el menor grado, ejemplo: entre sano y cariado se registra sano, entre cariado y obturado se registra como obturado, entre cariado y extracción indicada se registra como cariado.
- ✓ El paciente que presente aparatología de ortodoncia queda excluido del estudio epidemiológico.

Resultados

De este programa no se obtuvieron resultados ya que el tiempo de duración de la campaña fue muy corto y se priorizaron otras actividades con la población asistente.

Programa: Consulta externa bucodental

Objetivo

Mejorar las condiciones bucodentales de la población, dando atención estomatológica de primer nivel dentro de las clínicas autónomas, esto se lleva a cabo realizando una historia clínica de cada paciente que acuda a la clínica, se examinan los órganos dentales y alguna otra parte anatómica si se requiere con el fin de obtener un diagnóstico correcto y crear un plan de tratamiento y seguimiento de cada paciente.

Metas

- ✓ Alcanzar un mínimo de consultas: En promedio 12 pacientes por 7 días de labor en cada comunidad.

Estrategias

- ✓ Informar los días de atención y horarios de consulta mes con mes a la comunidad.
- ✓ Pegar en las tiendas o lugares concurridos, anuncios con las fechas de consulta.
- ✓ Transmitir por radio o bocina comunitaria las fechas de consulta.

Actividades

- ✓ Exodoncias y farmacoterapia.
- ✓ Eliminación de sarro y profilaxis.
- ✓ Restauraciones con amalgama y resina.
- ✓ Tratamientos de conductos radiculares, de gingivitis o periodontitis.

Resultados

A continuación se muestra un breve análisis sobre la consulta dental que se brindó en las comunidades de Las Tazas, San Jerónimo Tulijá y La Garrucha en el periodo de Agosto 2022 a Marzo 2023.

C.A.Z. “De Los Pobres”, “Murcia Elisa Irina Sáenz Garza” y “Jesús de la Buena Esperanza”

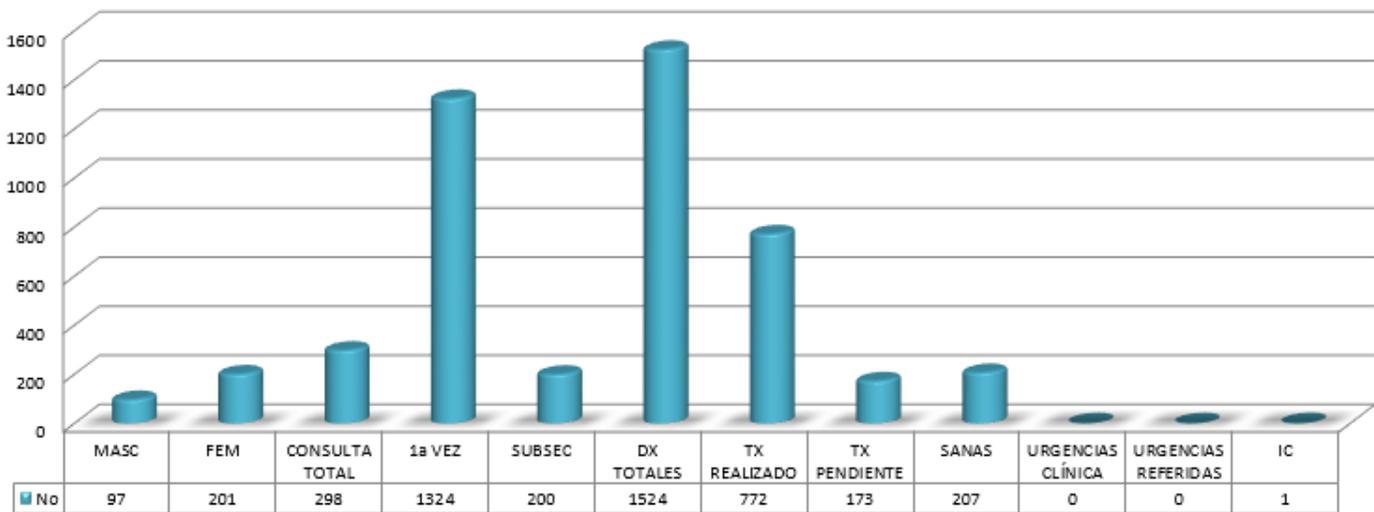


Gráfico 1 Total de consultas dentales y diagnósticos del periodo Agosto 2022 a Marzo 2023 en las 3 C.A.Z. EPPS Martínez Parraz Kate Lisbeth, UAM Xochimilco.

De acuerdo a la base de datos de la consulta dental anual, durante el periodo de servicio social Agosto 2022 a Marzo 2023, en las C.A.Z. de Las Tazas, La Garrucha y San Jerónimo Tulijá, se otorgó un total de 298 consultas, prevaleciendo el sexo femenino con 201 consultas y en minoría el sexo masculino con 97 consultas. De igual manera se muestra el total de diagnósticos del periodo de Agosto del 2022 a Marzo del 2023, destacando un total de 1524 diagnósticos de los cuales 1324 fueron de primera vez y 200 subsecuentes. El mes en donde se registró mayor número de consultas y diagnósticos fue en Marzo 2023.

C.A.Z. “De Los Pobres”, Las Tazas, Ocosingo

CONSULTA AGOSTO 2022

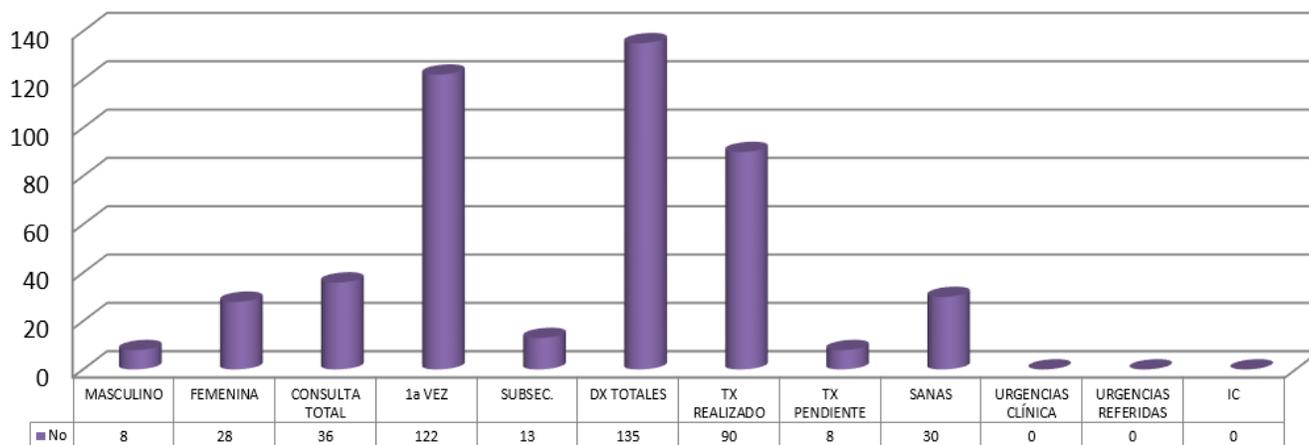


Gráfico 2 Total de consultas dentales y total de diagnósticos en Agosto 2022 en la C.A.Z. “De Los Pobres”. EPPS Martínez Parraz Kate Lisbeth, UAM Xochimilco.

En el gráfico 2 se muestra el total de consultas en el mes de Agosto 2022. Destacando 36 consultas totales, prevaleciendo el sexo femenino con 28 consultas y en minoría el sexo masculino con 8 consultas.

De igual manera se muestra el total de diagnósticos en el mes de Agosto 2022, destacando un total de 135 diagnósticos, un total de diagnósticos de primera vez de 122 y subsecuentes 13.

CONSULTA SEPTIEMBRE 2022

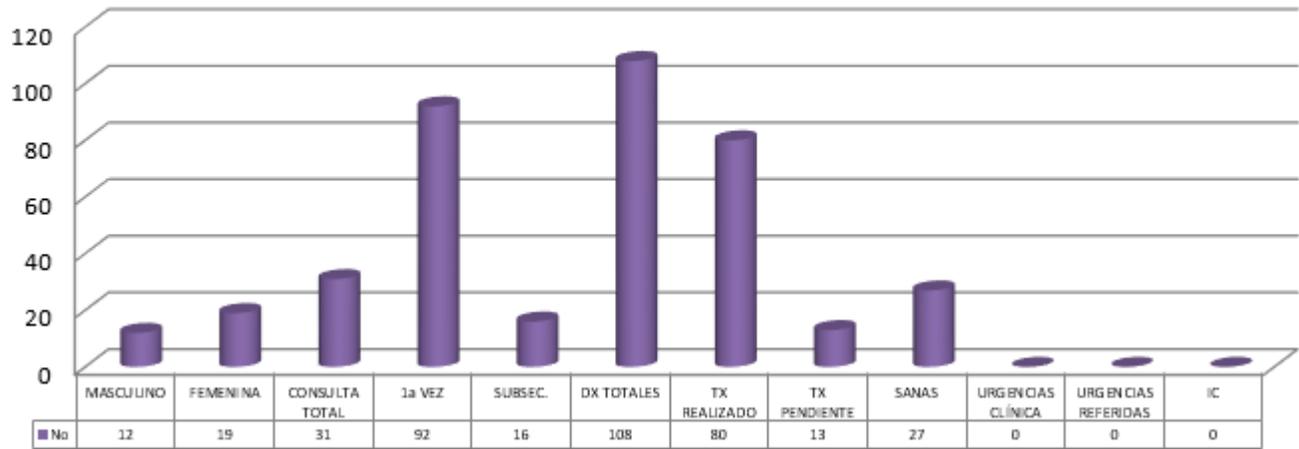


Gráfico 3 Total de consultas dentales y total de diagnósticos en Septiembre 2022 en la C.A.Z. “De Los Pobres”. EPPS Martínez Parraz Kate Lisbeth, UAM Xochimilco.

En el gráfico 3 se muestra el total de consultas en el mes de Septiembre 2022. Destacando 31 consultas totales, prevaleciendo el sexo femenino con 19 consultas y en minoría el sexo masculino con 12 consultas.

De igual manera se muestra el total de diagnósticos en el mes de Septiembre 2022, destacando un total de 108 diagnósticos, un total de diagnósticos de primera vez de 92 y subsecuentes 16.

CONSULTA DICIEMBRE 2022

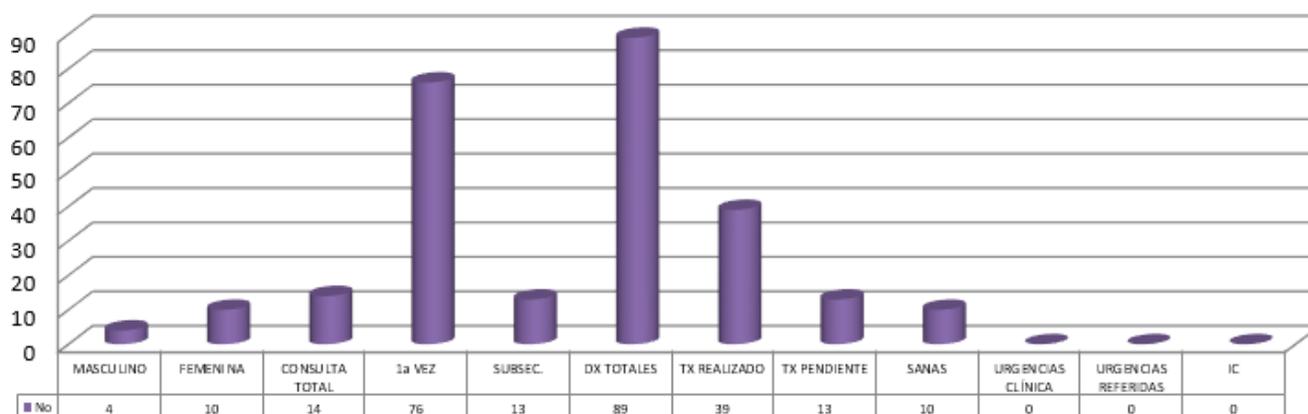


Gráfico 4 Total de consultas dentales y total de diagnósticos en Diciembre 2022 en la C.A.Z. “Autónoma De Los Pobres”. EPPS Martínez Parraz Kate Lisbeth, UAM Xochimilco.

En el gráfico 4 se muestra el total de consultas en el mes de Diciembre 2022. Destacando 14 consultas totales, prevaleciendo el sexo femenino con 10 consultas y en minoría el sexo masculino con 4 consultas.

De igual manera se muestra el total de diagnósticos en el mes de Diciembre 2022, destacando un total de 89 diagnósticos, un total de diagnósticos de primera vez de 76 y subsecuentes 13.

C.A.Z “Murcia Elisa Irina Sáenz Garza”, San Jerónimo Tulijá, Chilón

CONSULTA OCTUBRE 2022

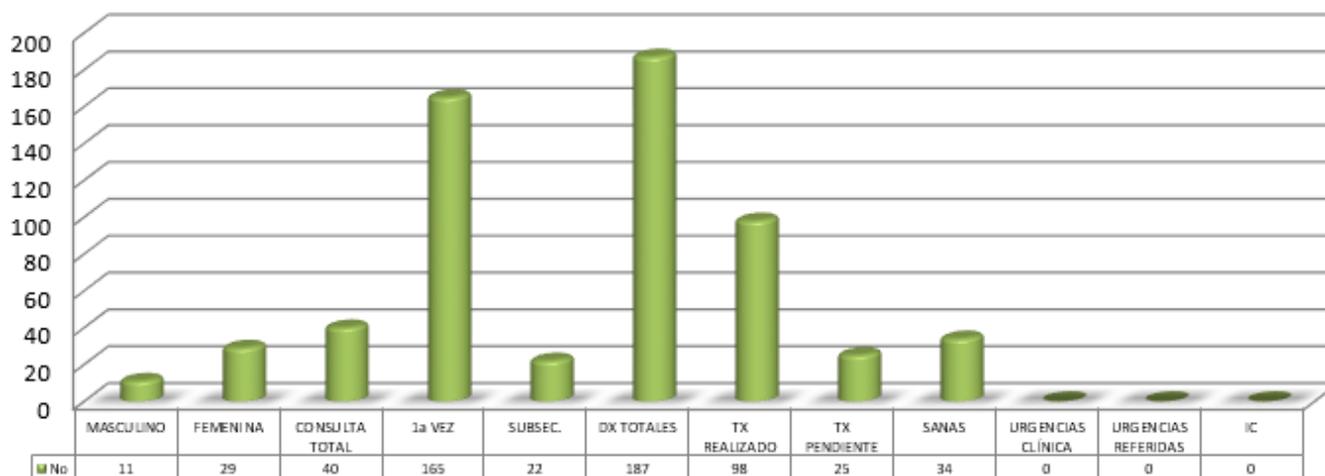


Gráfico 5 Total de consultas dentales y total de diagnósticos en Octubre 2022 en la C.A.Z. “Murcia Elisa Irina Sáenz Garza”. EPPS Martínez Parraz Kate Lisbeth, UAM Xochimilco.

En el gráfico 5 se muestra el total de consultas en el mes de Octubre 2022. Destacando 140 consultas totales, prevaleciendo el sexo femenino con 29 consultas y en minoría el sexo masculino con 11 consultas.

De igual manera se muestra el total de diagnósticos en el mes de Octubre 2022, destacando un total de 187 diagnósticos, un total de diagnósticos de primera vez de 165 y subsecuentes 22.

CONSULTA NOVIEMBRE 2022

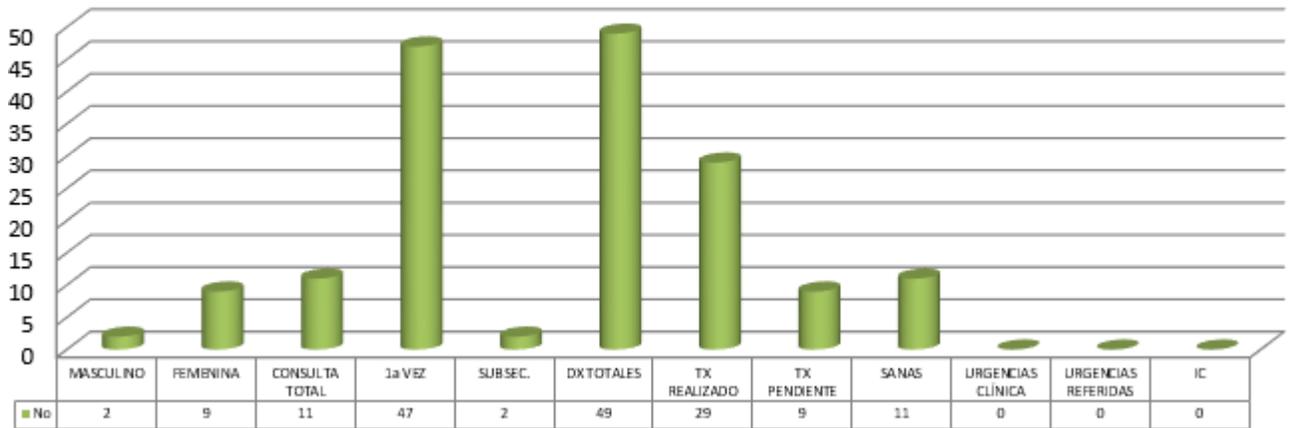


Gráfico 6 Total de consultas dentales y total de diagnósticos en Noviembre 2022 en la C.A.Z. “Murcia Elisa Irina Sáenz Garza”. EPPS Martínez Parraz Kate Lisbeth, UAM Xochimilco.

En el gráfico 6 se muestra el total de consultas en el mes de Noviembre 2022. Destacando 11 consultas totales, prevaleciendo el sexo femenino con 9 consultas y en minoría el sexo masculino con 2 consultas.

De igual manera se muestra el total de diagnósticos en el mes de Noviembre 2022, destacando un total de 49 diagnósticos, un total de diagnósticos de primera vez de 47 y subsecuentes 2.

CONSULTA ENERO 2023

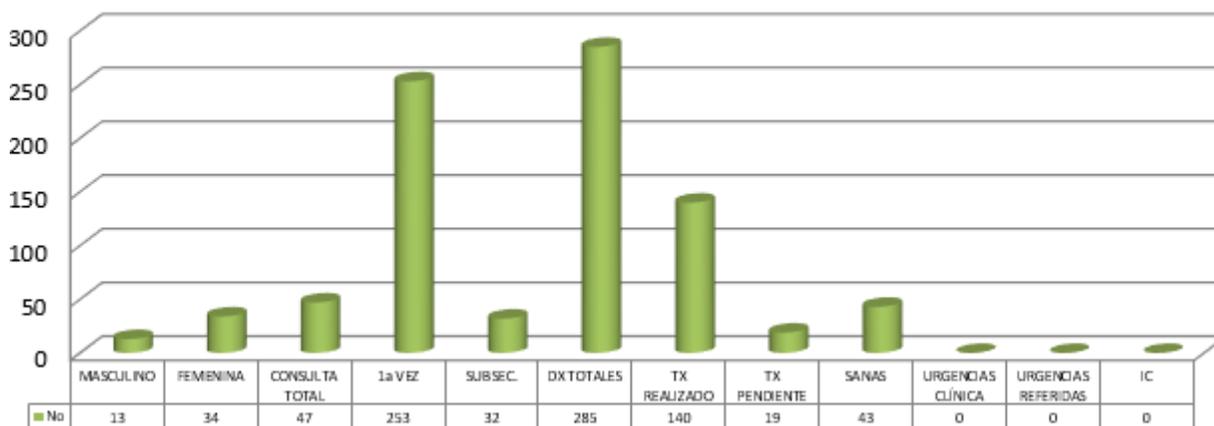


Gráfico 7 Total de consultas dentales y total de diagnósticos en Enero 2023 en la C.A.Z. “Murcia Elisa Irina Sáenz Garza”. EPPS Martínez Parraz Kate Lisbeth, UAM Xochimilco.

En el gráfico 7 se muestra el total de consultas en el mes de Enero 2023. Destacando 47 consultas totales, prevaleciendo el sexo femenino con 34 consultas y en minoría el sexo masculino con 13 consultas.

De igual manera se muestra el total de diagnósticos en el mes de Enero 2023, destacando un total de 285 diagnósticos, un total de diagnósticos de primera vez de 253 y subsecuentes 32.

CONSULTA FEBRERO 2023

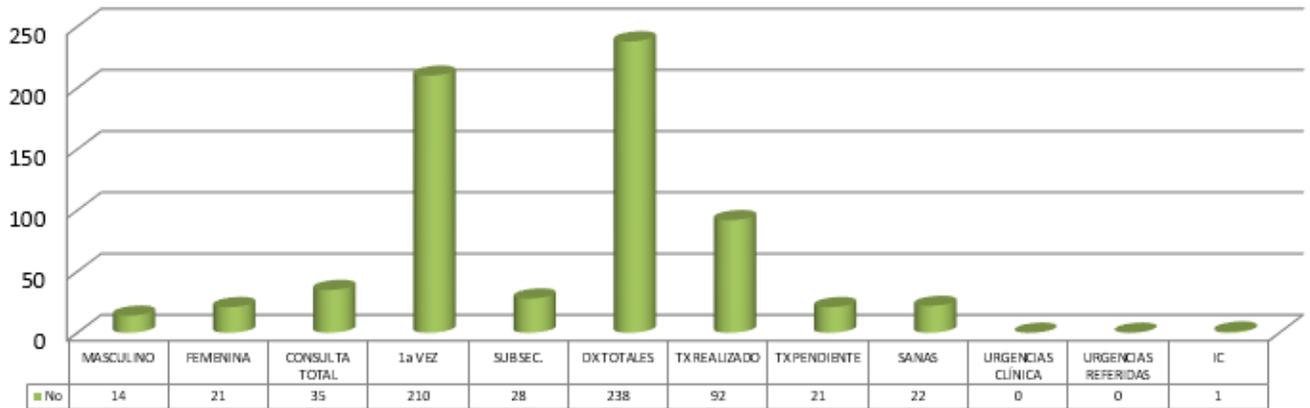


Gráfico 8 Total de consultas dentales y total de diagnósticos en Febrero 2023 en la C.A.Z. “Murcia Elisa Irina Sáenz Garza”. EPPS Martínez Parraz Kate Lisbeth, UAM Xochimilco.

En el gráfico 8 se muestra el total de consultas en el mes de Febrero 2023. Destacando 35 consultas totales, prevaleciendo el sexo femenino con 21 consultas y en minoría el sexo masculino con 14 consultas.

De igual manera se muestra el total de diagnósticos en el mes de Febrero 2023, destacando un total de 238 diagnósticos, un total de diagnósticos de primera vez de 210 y subsecuentes 28.

CONSULTA MARZO 2023

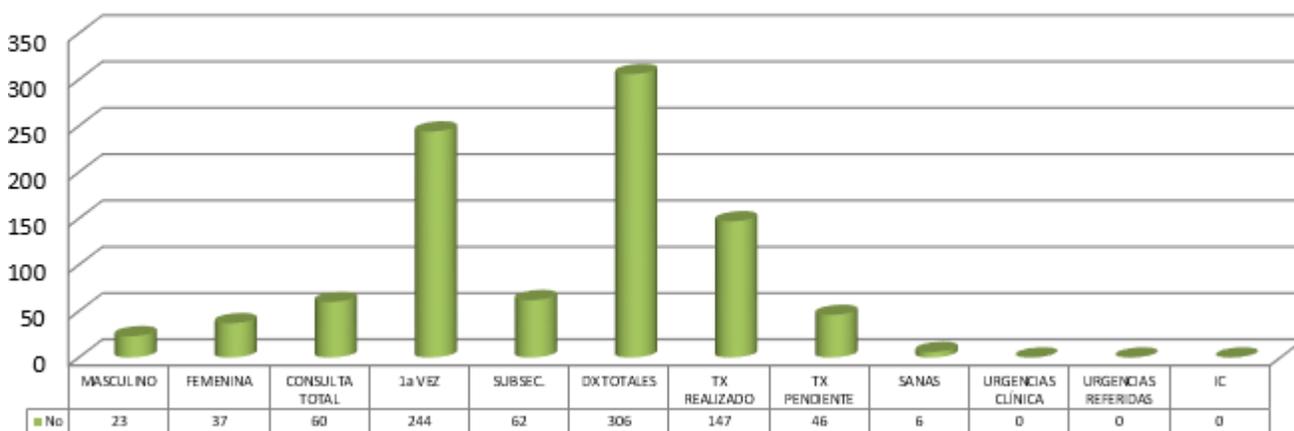


Gráfico 9 Total de consultas dentales y total de diagnósticos en Marzo 2023 en la C.A.Z. “Murcia Elisa Irina Sáenz Garza”. EPPS Martínez Parraz Kate Lisbeth, UAM Xochimilco.

En el gráfico 9 se muestra el total de consultas en el mes de Marzo 2023. Destacando 60 consultas totales, prevaleciendo el sexo femenino con 37 consultas y en minoría el sexo masculino con 23 consultas.

De igual manera se muestra el total de diagnósticos en el mes de Marzo 2023, destacando un total de 306 diagnósticos, un total de diagnósticos de primera vez de 244 y subsecuentes 62.

C.A.Z. “Jesús de la Buena Esperanza” (Caracol III), La Garrucha, Ocosingo

CONSULTA NOVIEMBRE 2022

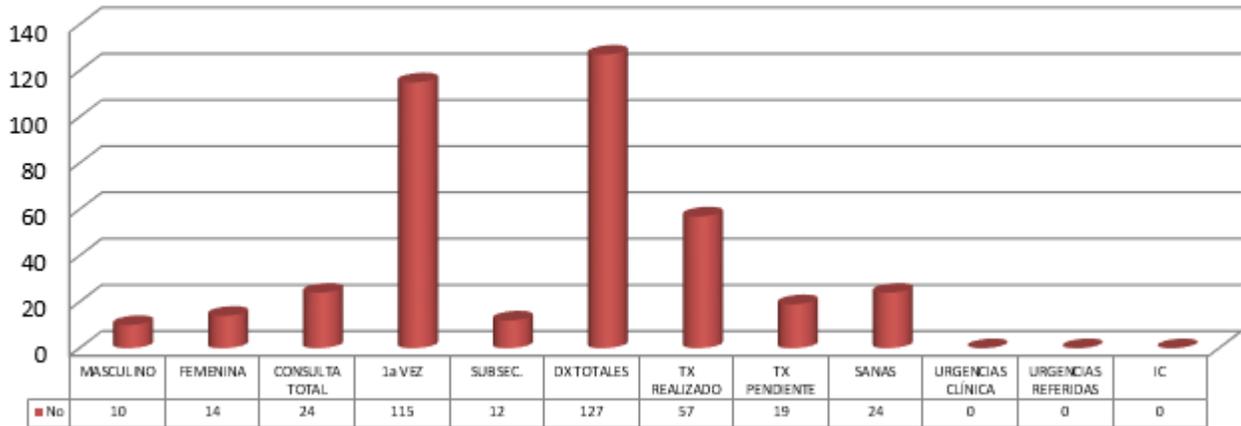


Gráfico 10 Total de consultas dentales y total de diagnósticos en Noviembre 2022 en la C.A.Z. “Jesús de la Buena Esperanza” (Caracol III). EPPS Martínez Parraz Kate Lisbeth, UAM Xochimilco.

En el gráfico 10 se muestra el total de consultas en el mes de Noviembre 2022. Destacando 24 consultas totales, prevaleciendo el sexo femenino con 14 consultas y en minoría el sexo masculino con 10 consultas.

De igual manera se muestra el total de diagnósticos en el mes de Noviembre 2022, destacando un total de 127 diagnósticos, un total de diagnósticos de primera vez de 115 y subsecuentes 12.

Tratamientos realizados

A continuación se muestra un breve análisis sobre los tratamientos realizados durante la consulta dental que se brindó en las comunidades de Las Tazas, San Jerónimo Tulijá y La Garrucha en el periodo de Agosto 2022 a Marzo 2023.

C.A.Z. “De Los Pobres”, “Murcia Elisa Irina Sáenz Garza” y “Jesús de la Buena Esperanza”

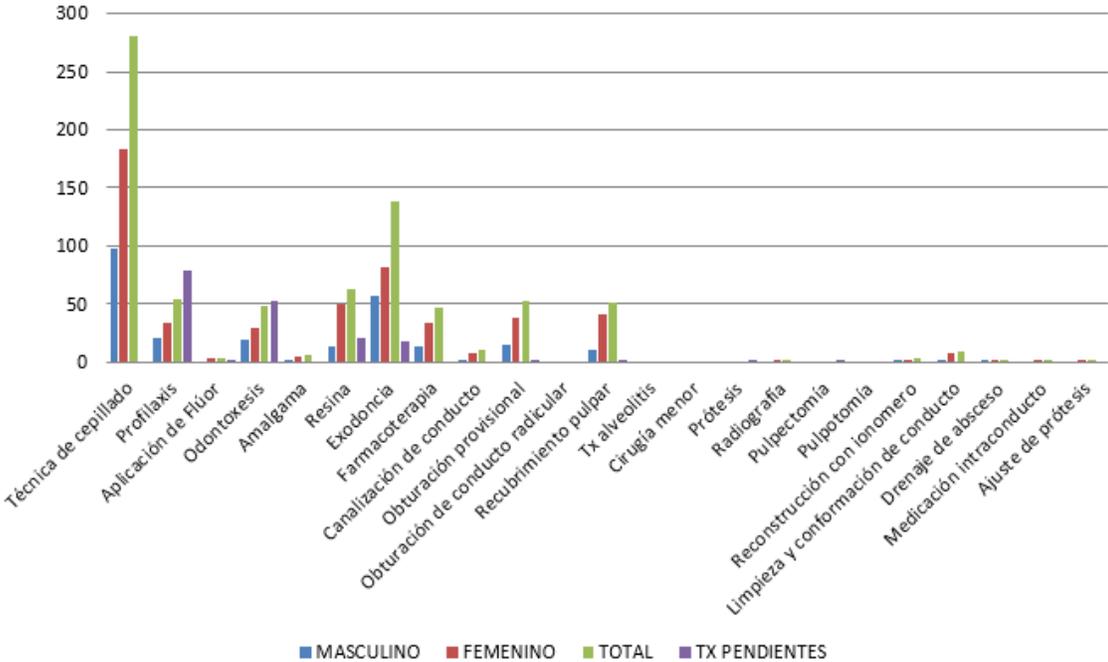


Gráfico 11 Principales 8 tratamientos del periodo Agosto 2022 a Marzo 2023 en las 3 C.A.Z. EPPS Martínez Parraz Kate Lisbeth, UAM Xochimilco.

En el gráfico 11 se muestran los principales 8 tratamientos realizados en el periodo de Agosto del 2022 a Marzo del 2023, de mayor prevalencia se realizó técnica de cepillado (281), exodoncia (139), resina (63), odontoxesis (48), profilaxis (54), obturación provisional (53), recubrimiento pulpar (51) y farmacoterapia (47). Finalmente los tratamientos que menos prevalecieron fueron aplicación de flúor, drenaje de absceso, prótesis, cirugía y tratamientos pulpares en adultos y niños.

TRATAMIENTOS AGOSTO 2022

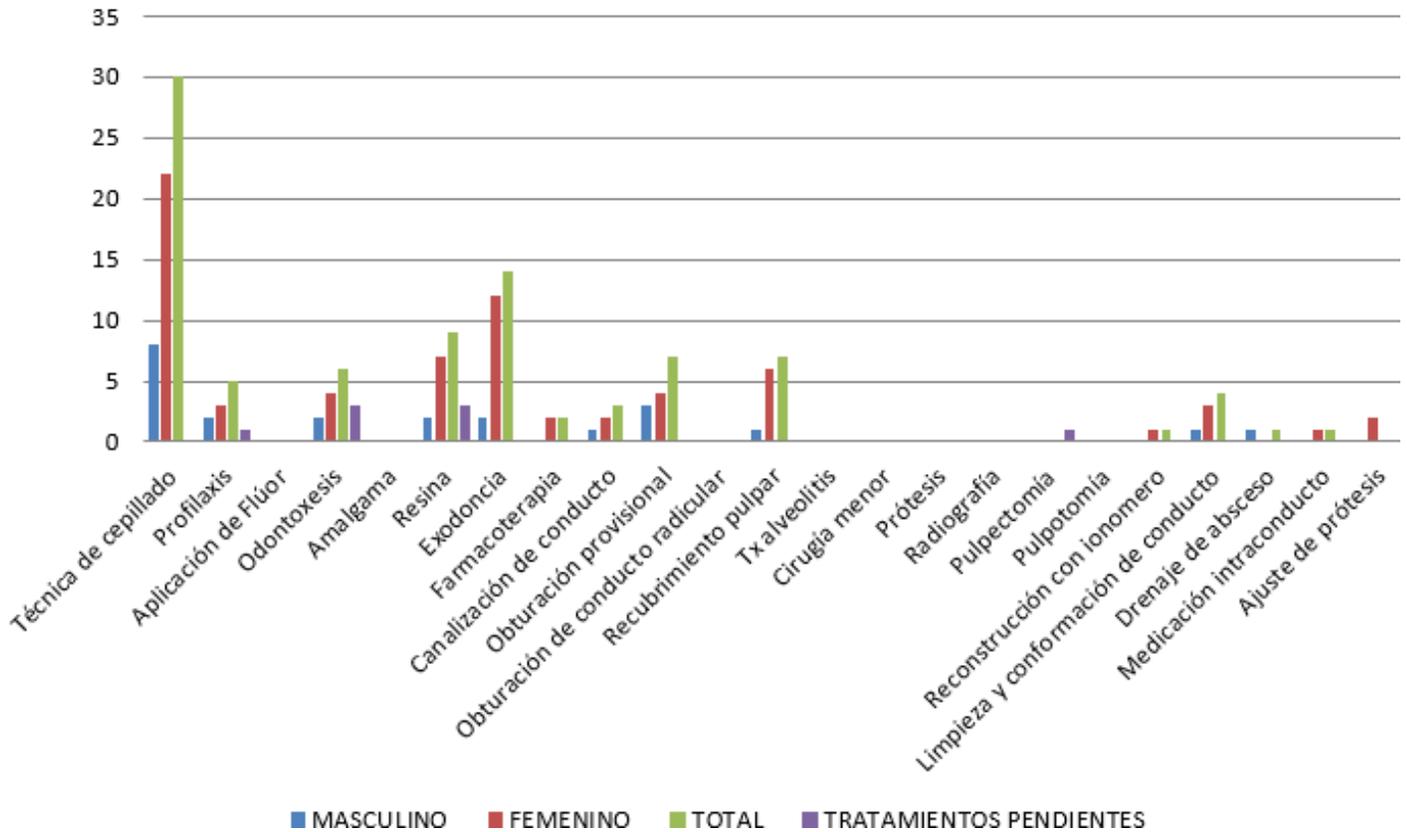


Gráfico 12 Total de tratamientos dentales en Agosto 2022 en la C.A.Z. “De Los Pobres”. EPPS Martínez Parraz Kate Lisbeth, UAM Xochimilco.

En el gráfico 12 se muestra el total de tratamientos dentales en el mes de Agosto 2022.

De mayor prevalencia se realizó técnica de cepillado con 30, seguido de exodoncia con 14, obturación provisional con 7 y profilaxis con 5. Finalmente los tratamientos que menos prevalecieron fueron aplicación de flúor, drenaje de absceso, radiografías, prótesis, cirugía y tratamientos pulpares en adultos y niños.

TRATAMIENTOS SEPTIEMBRE 2022

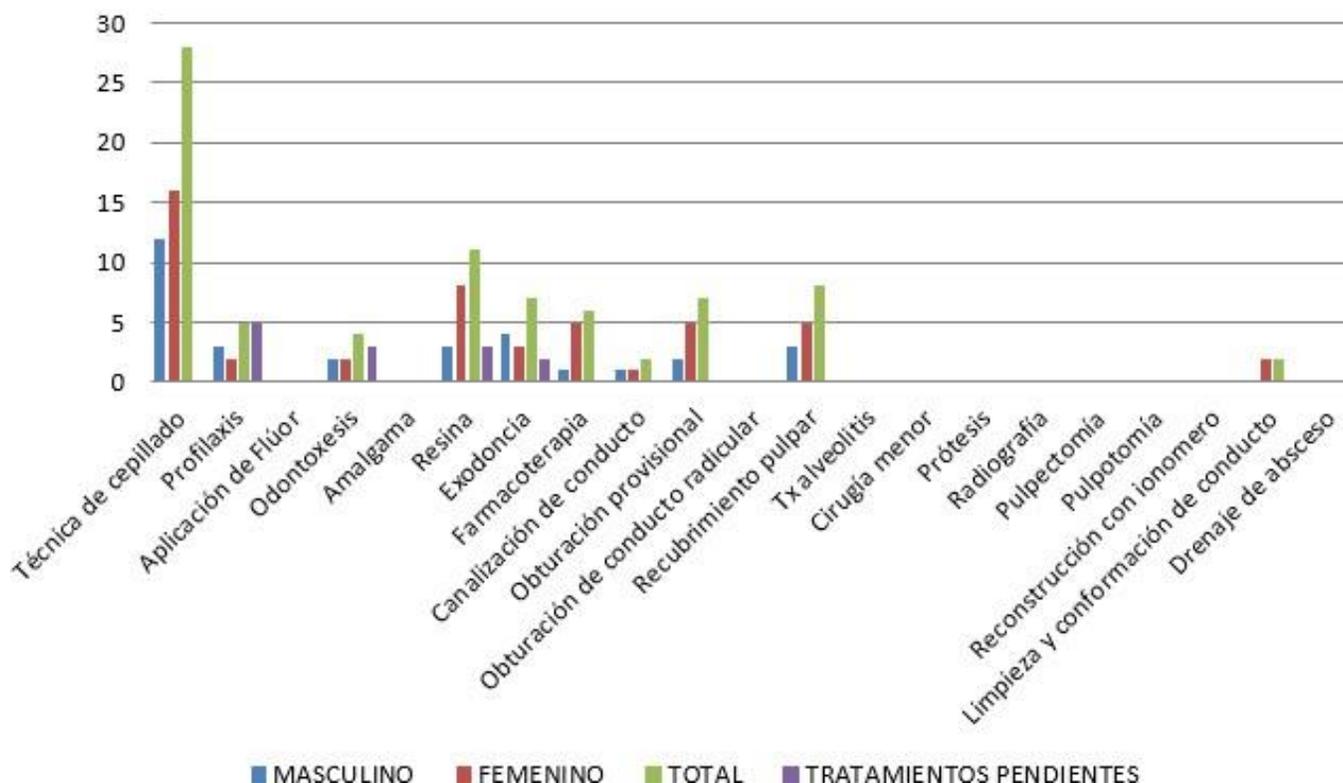


Gráfico 13 Total de tratamientos dentales en Septiembre 2022 en la C.A.Z. “De Los Pobres”. EPPS Martínez Parraz Kate Lisbeth, UAM Xochimilco.

En el gráfico 13 se muestra el total de tratamientos dentales en el mes de Septiembre 2022.

De mayor prevalencia se realizó técnica de cepillado con 28, seguido de resina con 11, recubrimiento pulpar con 8, exodoncia con 7, farmacoterapia con 6 y profilaxis con 5. Finalmente los tratamientos que menos prevalecieron fueron aplicación de flúor, drenaje de absceso, radiografías, prótesis, cirugía y tratamientos pulpares en adultos y niños.

TRATAMIENTOS DICIEMBRE 2022

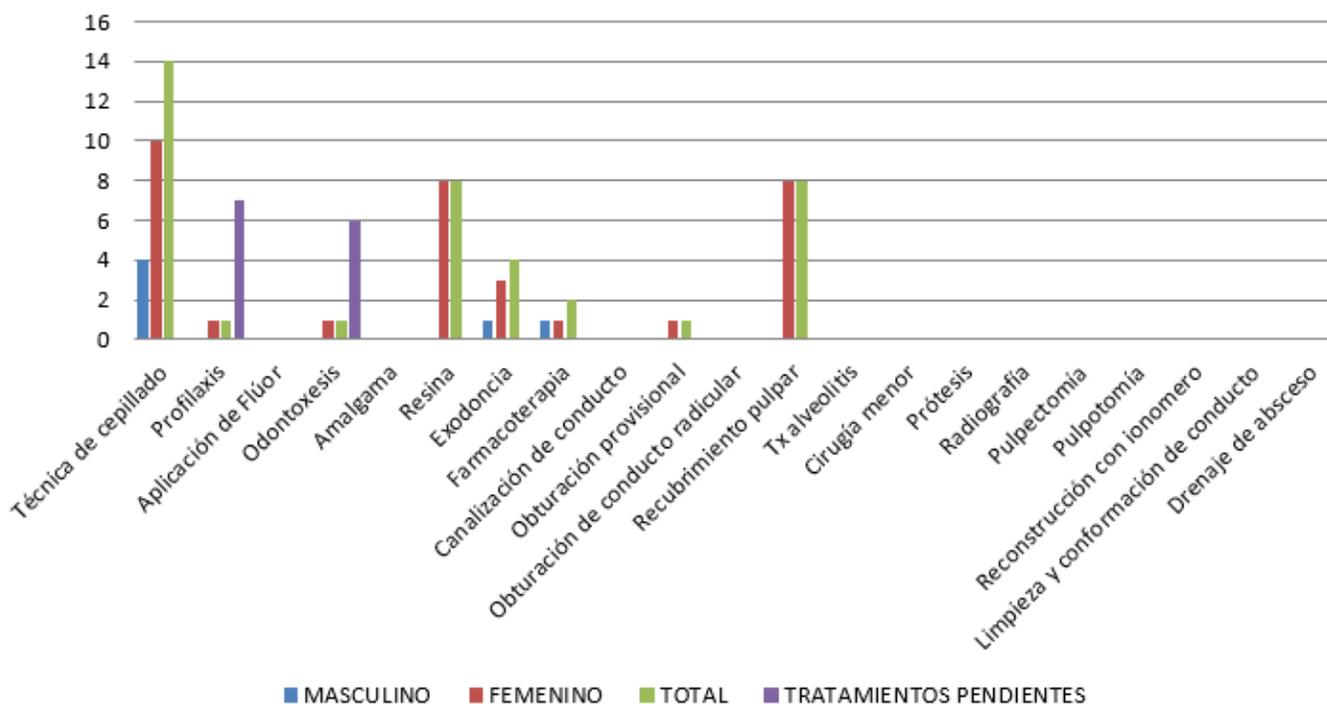


Gráfico 14 Total de tratamientos dentales en Diciembre 2022 en la C.A.Z. “De Los Pobres”. EPPS Martínez Parraz Kate Lisbeth, UAM Xochimilco.

En el gráfico 14 se muestra el total de tratamientos dentales en el mes de Diciembre 2022.

De mayor prevalencia se realizó técnica de cepillado con 14, seguido de resina y recubrimiento pulpar con 8, y exodoncia con 4. Finalmente los tratamientos que menos prevalecieron fueron tratamientos de prevención, radiografías, farmacoterapia, drenaje de absceso, prótesis, cirugía y tratamientos pulpares en adultos y niños.

TRATAMIENTOS OCTUBRE 2022

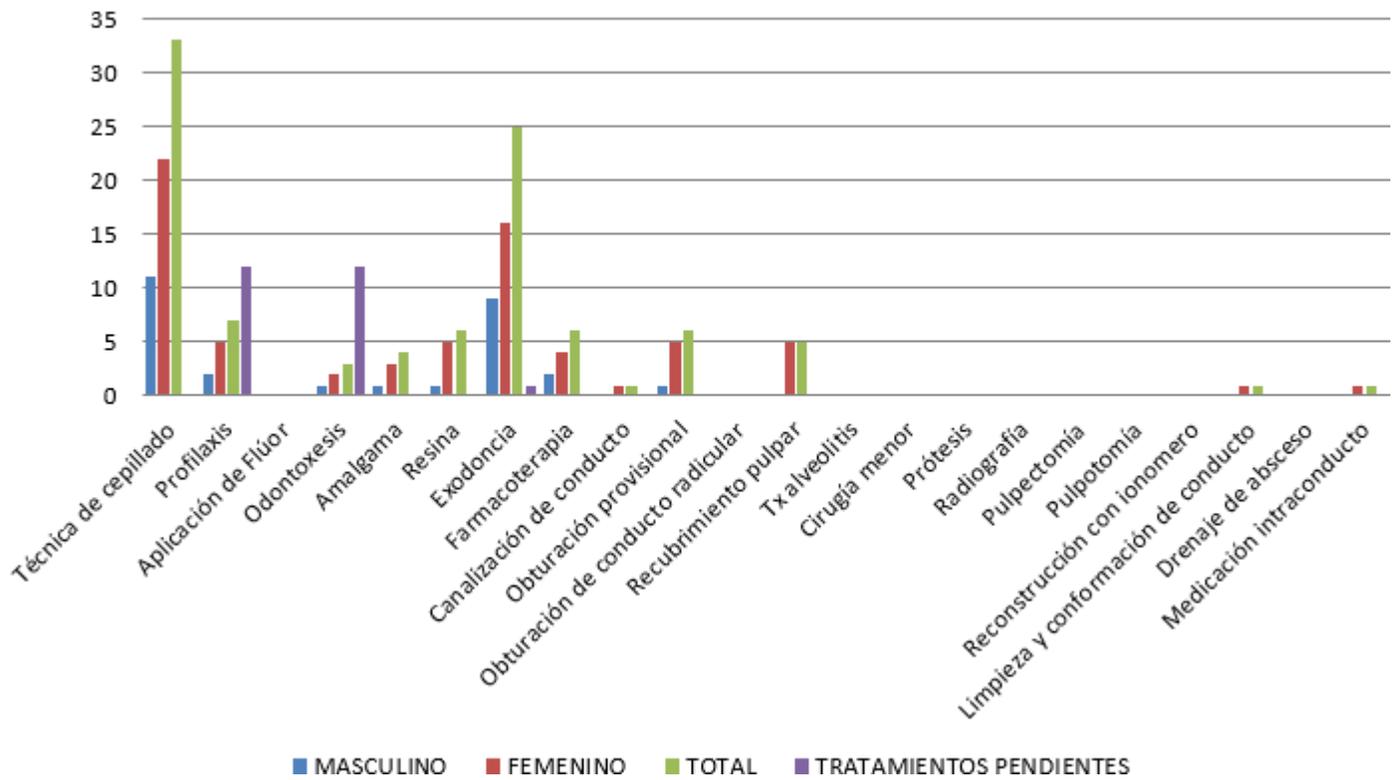


Gráfico 15 Total de tratamientos dentales en Octubre 2022 en la C.A.Z. “Murcia Elisa Irina Sáenz Garza”. EPPS Martínez Parraz Kate Lisbeth, UAM Xochimilco.

En el gráfico 15 se muestra el total de tratamientos dentales en el mes de Octubre 2022.

De mayor prevalencia se realizó técnica de cepillado con 33, seguido de exodoncia con 25, profilaxis con 7, resina, farmacoterapia y obturación provisional con 6. Finalmente los tratamientos que menos prevalecieron fueron aplicación de flúor, farmacoterapia, radiografías, drenaje de absceso, prótesis, cirugía y tratamientos pulpares en adultos y niños.

TRATAMIENTOS NOVIEMBRE 2022

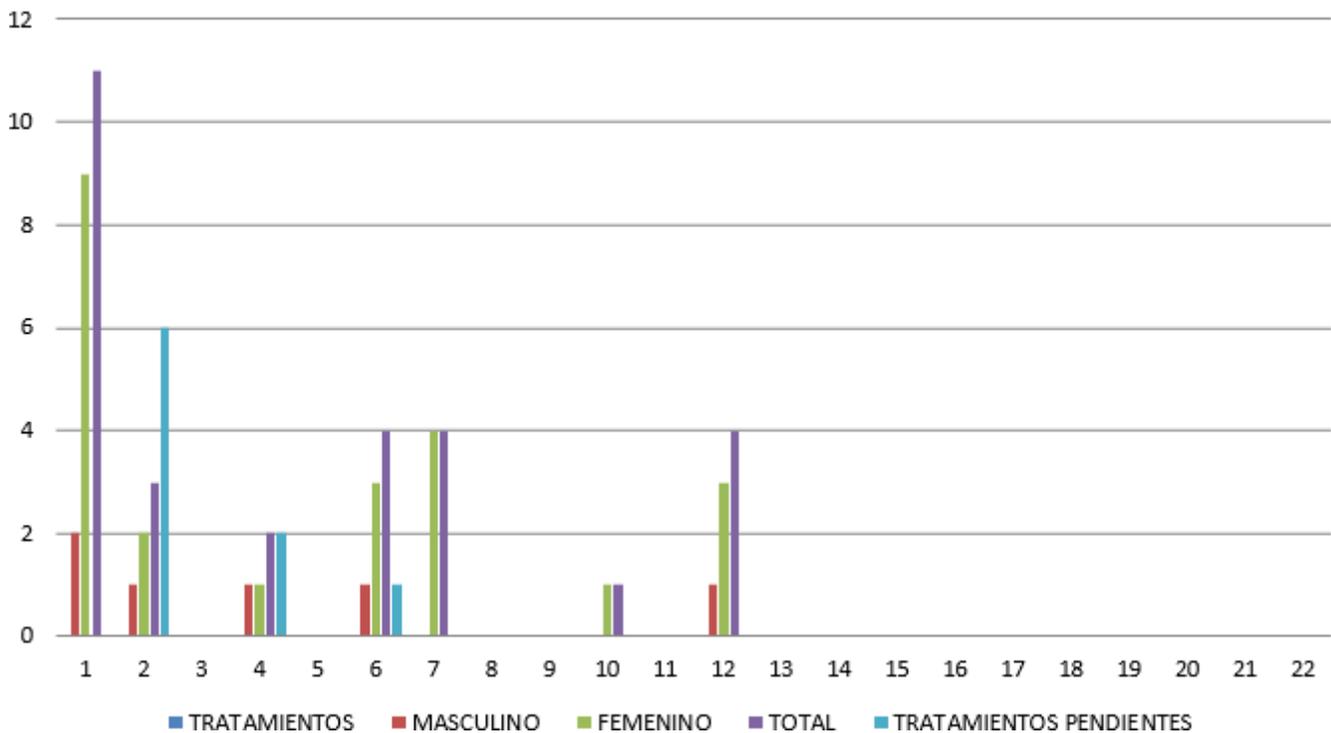


Gráfico 16 Total de tratamientos dentales en Noviembre 2022 en la C.A.Z. “Murcia Elisa Irina Sáenz Garza”. EPPS Martínez Parraz Kate Lisbeth, UAM Xochimilco.

En el gráfico 16 se muestra el total de tratamientos dentales en el mes de Noviembre 2022.

De mayor prevalencia se realizó técnica de cepillado con 11, seguido de resina, exodoncia y recubrimiento pulpar con 4. Finalmente los tratamientos que menos prevalecieron fueron tratamientos de prevención, farmacoterapia, radiografías, drenaje de absceso, prótesis, cirugía y tratamientos pulpares en adultos y niños.

TRATAMIENTOS ENERO 2023

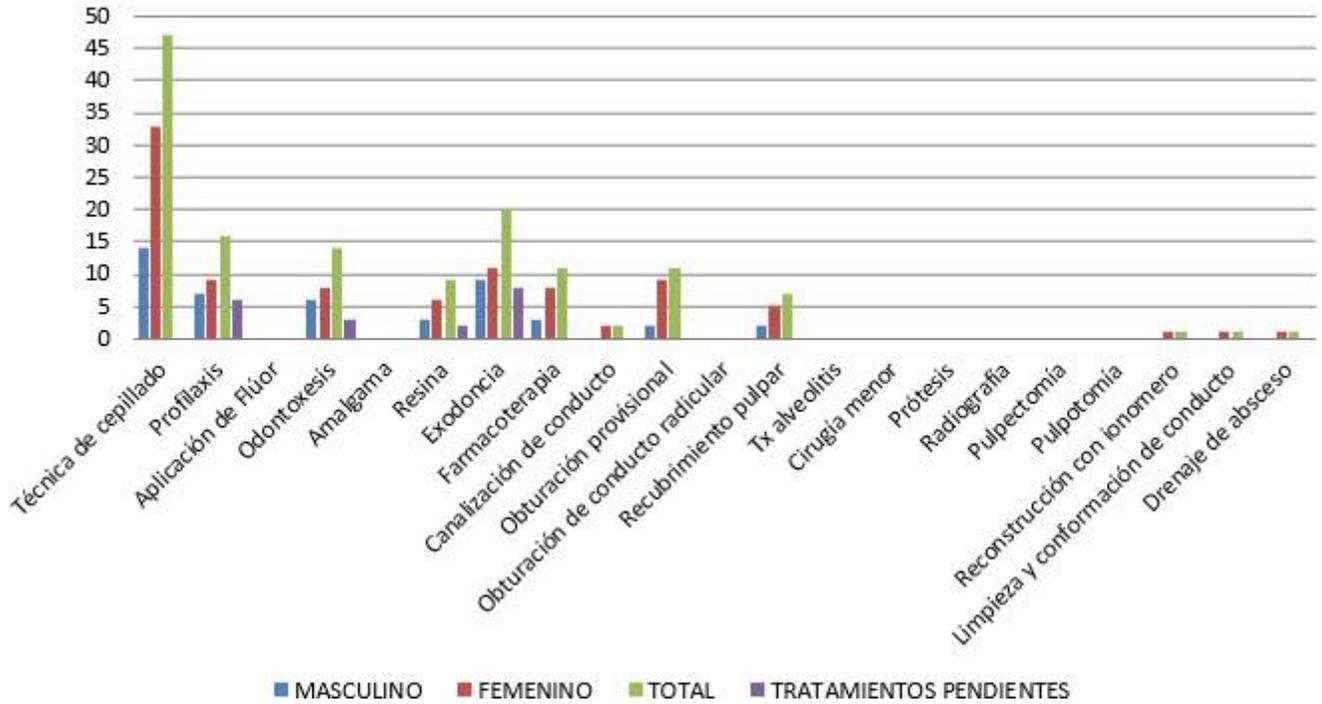


Gráfico 17 Total de tratamientos dentales en Enero 2023 en la C.A.Z. “Murcia Elisa Irina Sáenz Garza”. EPPS Martínez Parraz Kate Lisbeth, UAM Xochimilco.

En el gráfico 17 se muestra el total de tratamientos dentales en el mes de Enero 2023.

De mayor prevalencia se realizó técnica de cepillado con 47, seguido de exodoncia con 20, odontoxesis con 14, farmacoterapia, obturación provisional con 11 y recubrimiento pulpar con 7. Finalmente los tratamientos que menos prevalecieron fueron aplicación de flúor, radiografías, drenaje de absceso, prótesis, cirugía y tratamientos pulpares en adultos y niños.

TRATAMIENTOS FEBRERO 2023

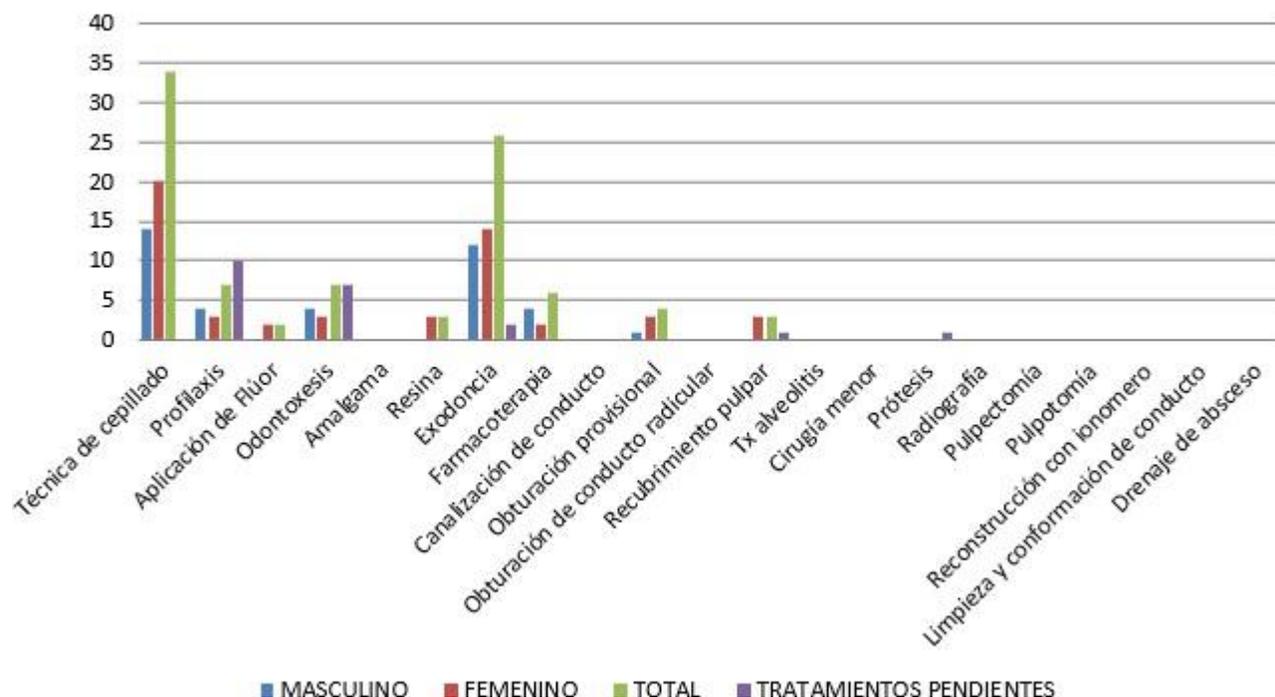


Gráfico 18 Total de tratamientos dentales en Febrero 2023 en la C.A.Z. “Murcia Elisa Irina Sáenz Garza”. EPPS Martínez Parraz Kate Lisbeth, UAM Xochimilco.

En el gráfico 18 se muestra el total de tratamientos dentales en el mes de Febrero 2023.

De mayor prevalencia se realizó técnica de cepillado con 34, seguido de exodoncia con 26, odontoxesis, profilaxis con 7, farmacoterapia con 6, recubrimiento pulpar, resina con 3 y aplicación de flúor con 2. Finalmente los tratamientos que menos prevalecieron fueron radiografías, drenaje de absceso, prótesis, cirugía y tratamientos pulpares en adultos y niños.

TRATAMIENTOS MARZO 2023

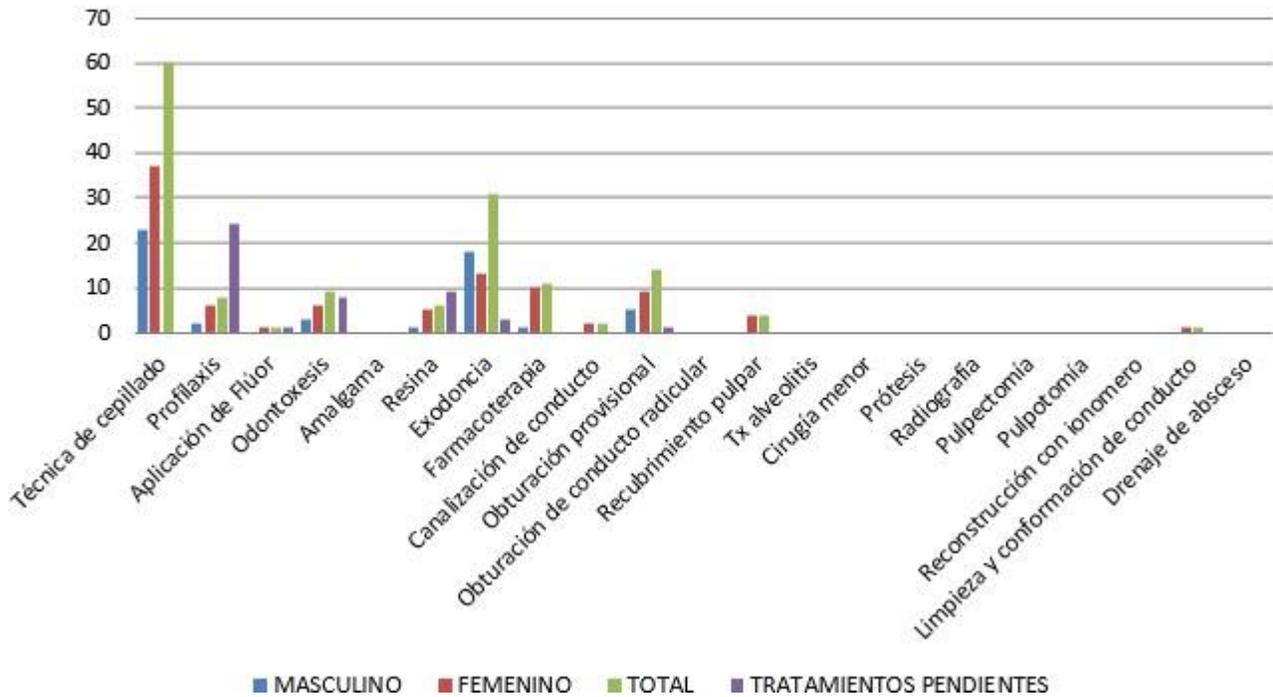


Gráfico 19 Total de tratamientos dentales en Marzo 2023 en la C.A.Z. “Murcia Elisa Irina Sáenz Garza”. EPPS Martínez Parraz Kate Lisbeth, UAM Xochimilco.

En el gráfico 19 se muestra el total de tratamientos dentales en el mes de Marzo 2023.

De mayor prevalencia se realizó técnica de cepillado con 60, seguido de exodoncia con 31, obturación provisional con 14, farmacoterapia con 11, profilaxis con 8, resina con 6, recubrimiento pulpar con 4, aplicación de flúor y limpieza/conformación de conducto con 1. Finalmente los tratamientos que menos prevalecieron fueron radiografías, drenaje de absceso, prótesis, cirugía y tratamientos pulpares en adultos y niños.

TRATAMIENTOS NOVIEMBRE 2022

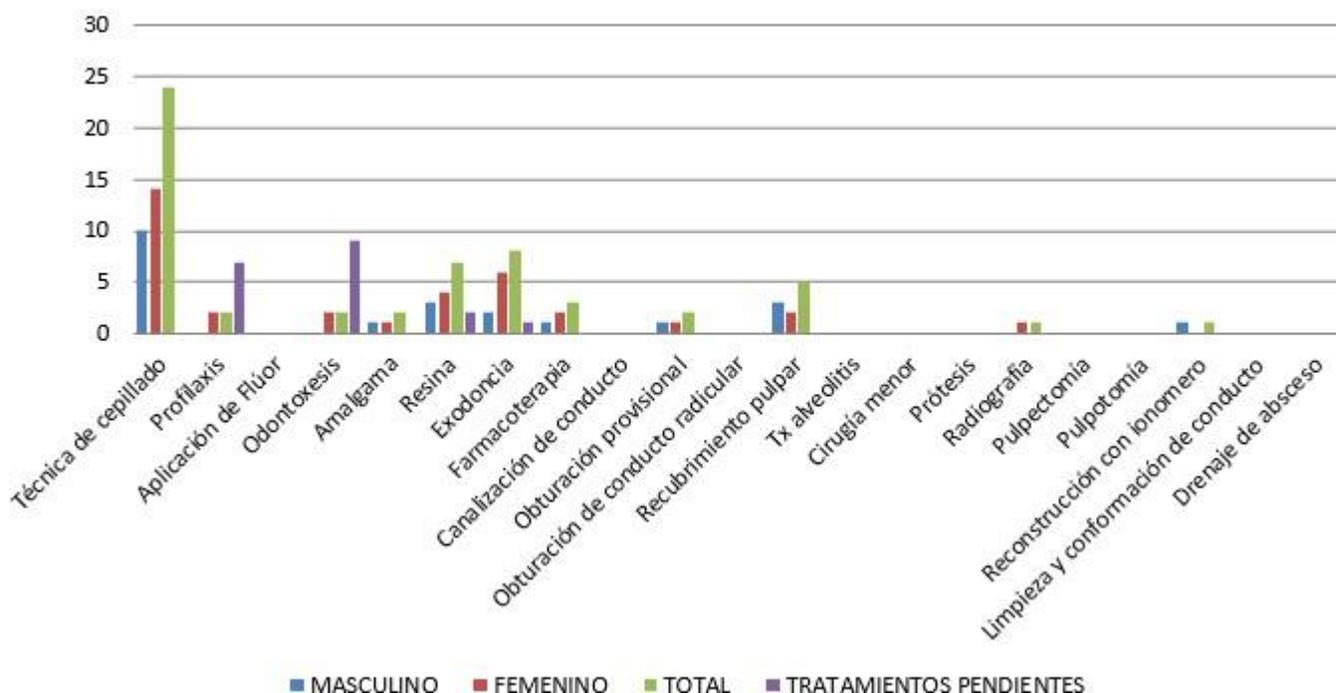


Gráfico 20 Total de tratamientos dentales en Noviembre 2022 en la C.A.Z. “Jesús de la Buena Esperanza” (Caracol III). EPPS Martínez Parraz Kate Lisbeth, UAM Xochimilco.

En el gráfico 20 se muestra el total de tratamientos dentales en el mes de Noviembre 2022.

De mayor prevalencia se realizó técnica de cepillado con 24, seguido de exodoncia con 8 y resina con 7. Finalmente los tratamientos que menos prevalecieron fueron aplicación de flúor, drenaje de absceso, prótesis, cirugía y tratamientos pulpares en adultos y niños.

Propuestas para mejorar el programa:

- ✓ Al contar con limitados equipos dentales es necesario capacitar a los pasantes en el mantenimiento de éstos. El buen funcionamiento del equipo permitirá disminuir el reemplazo de obturaciones a corto plazo, de igual forma evitar causar patologías más graves por el mal funcionamiento de éstos.
- ✓ Para llevar a cabo las actividades clínicas, será necesario obtener equipo de succión o eyector, para evitar los defectos posteriores de los tratamientos realizados.
- ✓ Proponer a las autoridades aumentar los costos de los procedimientos con la finalidad de obtener una ganancia mayor para posteriormente reemplazar y comprar poco a poco los insumos e instrumental que sean necesarios.

Desde la consulta general se debe transmitir a los pacientes la necesidad e importancia de acudir a la consulta dental.

Promoción y formación

Durante mi estadía en el servicio social en cada una de las comunidades Las Tazas (3 meses), San Jerónimo Tulijá (4 meses) y La Garrucha (1 mes) pude darme cuenta que uno de los grandes retos del aprendizaje para la población zapatista es la ausencia de quién va a llevar a cabo esa labor, ya que en cada comunidad, existía un comité encargado en la educación de los niños zapatistas que se vio afectado por la migración de estas personas y por la pandemia de COVID 19, desde entonces se ha perdido el seguimiento de la educación en estas comunidades. Por otro lado, la educación en salud se ha visto detenida por falta de personal dedicado, así como capacitaciones continuas. Los promotores y promotoras que se encuentran en cada clínica perteneciente al zapatismo, brindan consulta médica/dental en ausencia de los médicos/as y estomatólogos/as pasantes, además se encargan de la traducción, administración y prescripción de medicamentos, así como del seguimiento de algunos pacientes correspondientes a cada área.

Motivo por el cual decidí iniciar y darle continuidad a un pequeño proyecto de educación y formación en salud en las comunidades de San Jerónimo Tulijá y Las Tazas.



E.A.Z. “10 DE ABRIL”, Las Tazas. KLMP, AGOSTO 2022.

Permanece cerrada desde hace 9 años aproximadamente debido a la migración de promotores de educación en la zona.



Capacitación en primeros auxilios para promotores en C.A.Z. “Murcia Elisa Irina Sáenz Garza”, San Jerónimo Tulijá. KLMP, OCTUBRE 2022.



Capacitación en suturas para promotores en C.A.Z. “Murcia Elisa Irina Sáenz Garza”, San Jerónimo Tulijá. KLMP, ENERO 2023.



Traducción, capacitación y acompañamiento durante la consulta médica, trabajo en conjunto MPSS y promotores de salud en C.A.Z. “Murcia Elisa Irina Sáenz Garza”, San Jerónimo Tulijá. KLMP, ENERO 2023.

La educación en salud como pilar en la prevención, es una de las tareas para reducir enfermedades así como sus complicaciones. Es por ello por lo que, hablando desde mi perspectiva, tomé la decisión de retomar la labor de instruir en materia de aprendizaje a Cristóbal Hernández, promotor de salud general en la comunidad de San Jerónimo Tulijá y asimismo, iniciar su formación como promotor dental, continuar con la formación de la promotora dental en la comunidad de Las Tazas y apoyar a los promotores dentales con algunas dudas en La Garrucha.

También contribuí un poco al aprendizaje básico de la hija de la partera, una niña de 5 años de edad en la comunidad de San Jerónimo Tulijá.

Una de las dificultades al inicio fue la barrera del lenguaje y el encontrar deficiencias en habilidades de comprensión lectora y escritura, por lo que incluyendo lo previamente mencionado se abordaron los temas en un orden no establecido de manera que los temas fueran de su atención y didácticos para hacer ameno el aprendizaje.

Respecto al tema de educación en salud, las dificultades al inicio fueron la falta de comprensión de términos médico odontológicos e incluso los no médicos odontológicos para relacionar los temas abordados.

Forma de enseñanza

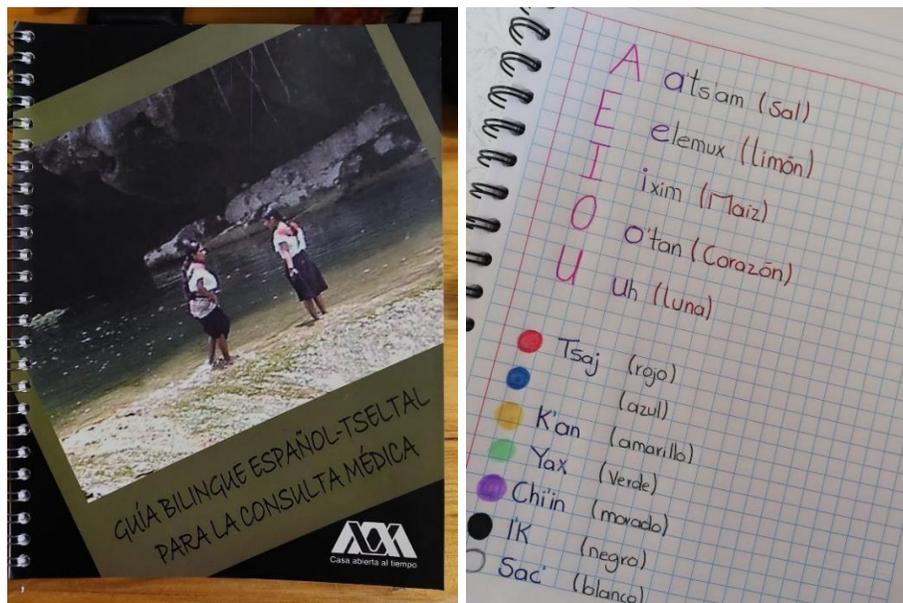
La manera de enseñanza en cada sesión es de aproximadamente 2 horas, donde se explica el tema fabricando y/o teniendo acceso a material didáctico, láminas en papel o en el pizarrón con esquemas, anotando los datos de mayor relevancia, sirviendo como material de apoyo en caso de dudas en el futuro.

Con Cristóbal se realizan ejercicios los días que acude a la clínica en donde se revisa la información y ortografía. Después de cada ejercicio se hace una clase en donde él aborda las dudas que le surgieron.

Se implementan tareas y actividades de lectura y escritura en los días que él no está laborando en la clínica para que esos días libres tenga actividad académica.

Por otro lado, con Elsy Gómez, la dinámica es distinta ya que las sesiones de aprendizaje con ella son cada tercer día de igual manera en las instalaciones de la clínica y algunas veces en su casa, abordando temas acordes a su edad como los colores, números, abecedario, vocales, figuras geométricas a su vez enseñándole un poco de vocabulario en español.

Cabe mencionar que con ambos, se dio la retroalimentación de cada tema en su lengua (tseltal) para que sea más entendible ya que su español es muy limitado.



**Material de apoyo para la alfabetización y formación para el promotor dental en C.A.Z.
"Murcia Elisa Irina Sáenz Garza", San Jerónimo Tulijá. KLMP, 2023.**

Clases de estomatología para promotores dentales

Al inicio de mi servicio social me di a la tarea de platicar con la promotora dental en la comunidad de Las Tazas para que me contara todo lo que sabía de la estomatología realizando repasos generales durante las consultas para corroborar si surgían dudas en ese momento o hasta tener actividad clínica. La promotora sabía anatomía básica, estructura de los dientes así como tenía la noción básica de algunos procedimientos clínicos. La enseñanza con ella se dividió por especialidades prevención, operatoria, endodoncia y exodoncia. Para esto, se tomó en cuenta el tiempo de estancia en la comunidad de Las Tazas así como abordar las especialidades de interés para ella y de esta manera, agilizar y facilitar el proceso de repaso aprendizaje.

MES	TEMA		OBJETIVO
Agosto	Prevención	Odontoxesis	Identificar el instrumental, insumos, los pasos a realizar y la importancia de una limpieza profesional.
		Profilaxis	
		Floruroterapia	
		Técnica de cepillado	
Septiembre	Operatoria	Cavidades	Identificar el instrumental, insumos y los pasos a seguir para realizar una obturación con resina.
		Resinas	
Diciembre	Endodoncia	Introducción	Importancia de la endodoncia para mantener los dientes en boca, conocer cuántos conductos tiene cada órgano dentario de la boca.
	Exodoncia	Anestesia	Identificar el instrumental, insumos y los pasos a seguir para realizar una exodoncia y técnica anestésica exitosa.
		Introducción	

Por otro lado, con Cristóbal Hernández la dinámica fue distinta, ya que él no contaba con conocimientos previos relacionados a la estomatología, sin embargo, durante las consultas se mostró interesado en aprender, entender y realizar los tratamientos. La enseñanza con él, también se dividió por especialidades abordando las que mayor demanda tuvieron durante la consulta y las que a consideración propia, nos facilitarían el proceso de aprendizaje.

MES	TEMA		OBEJTIVO
Enero	¿Qué es un promotor dental?	Funciones	Conocer la historia, las funciones y la importancia de los promotores en las comunidades rurales.
	Prevención	Odontoxesis	Identificar el instrumental, insumos, los pasos a realizar y la importancia de una limpieza profesional.
		Profilaxis	
		Técnica de cepillado	
Floruroterapia			
Febrero	Instrumental dental		Conocer e identificar el instrumental dental por su nombre y uso.
	Desinfección y esterilización		Identificar que es desinfección y esterilización.
	Esterilización de material		Conocer los métodos de esterilización y conocer la importancia de esterilización del instrumental.
Marzo	Exploración bucal		Adquirir conocimientos y habilidades para una buena exploración de tejidos duros y blandos.
	Exodoncia	Introducción	Identificar el instrumental, insumos y los pasos a seguir para realizar una exodoncia.



Procedimiento: Exodoncia de órganos dentales temporales 51 y 61.



Procedimiento: Odontoxesis, profilaxis y técnica de cepillado dental.

Apoyo y formación de promotor dental (Cristóbal Hernández) en C.A.Z. “Murcia Elisa Irina Sáenz Garza”, San Jerónimo Tulijá. KLMP, FEBRERO/ MARZO 2023.

Clases de comprensión lectora y español

Durante las primeras semanas al hacer los ejercicios en cuestión de comprensión lectora con Cristóbal, fui dividiendo los temas y estos se agrupaban conforme en cada sesión se viera alguna parte del área de estomatología, considerando abarcar temas previamente vistos y reforzando los conocimientos. La siguiente tabla muestra en relación con el mes y la distribución de los temas, considerando que no acudían diariamente, que no se repasaba el mismo tema y que ambos asistentes (Cristóbal Hernández y Elsy Gómez) no tenían el mismo nivel.

MES	TEMA	OBJETIVO
Enero	Abecedario	Conocer los sonidos y asociar el texto impreso con el lenguaje oral.
	Vocales	
	Números	Desarrollar el pensamiento lógico matemático y a partir de ahí construir nociones matemáticas.
Febrero	Colores	Identificar los atributos de los objetos y a hacer observaciones sobre similitudes y diferencias que ayuden a desarrollar el pensamiento lógico que necesitarán para solucionar problemas.
	Figuras geométricas	
Marzo	Fonética	Enseñar de forma sistemática la relación entre los sonidos y los patrones de ortografía escrita o grafemas, que los representan.
	Letoescritura	Fortalecer las habilidades y estrategias discursivas.

PERFIL DE MORBILIDAD

Para el perfil de morbilidad se utilizó la base de datos de la consulta anual, que se dieron en las C.A.Z. de las comunidades Las Tazas, La Garrucha y San Jerónimo Tulijá. La morbilidad general está registrada por mes, el total anual y su tasa correspondiente. Como se observan en las tablas de morbilidad general, la caries dental y los depósitos en los dientes, son las de mayor incidencia en las tres comunidades. Al no contar con un servicio odontológico de calidad que esté disponible y accesible en las comunidades dónde se puedan resolver estas patologías desencadenan complicaciones como las gingivitis y enfermedades periodontales, patologías pulpares y pérdida de los dientes, por ello éstas se encuentran en los siguientes lugares. La morbilidad de las patologías bucales no ha sido documentada adecuadamente, pero se tiene registro en el anuario de morbilidad 2019, que la gingivitis y enfermedad periodontal se presentan en el quinto y séptimo lugar de las principales enfermedades en las tasas nacionales y estatales. **(Secretaría de Salud, 2019)**

Tabla 1 Morbilidad general de Las Tazas

No.	Patología	Código de la lista detallada CIE10.	Agosto	Sept	Dic	Total
1	Caries de la dentina	K02.1	21	20	21	62
2	Caries limitada al esmalte	K02.0	20	15	17	52
3	Depósitos en los dientes	K03.6	13	10	16	39
4	Pulpitis	K04.0	11	8	2	21
5	Raíz dental retenida	K08.3	9	6	5	20
6	Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal	K08.1	8	12	7	27
7	Cambios posteruptivos del color de los tejidos dentales duros	K03.7	7	8	6	21
8	Necrosis de la pulpa	K04.1	5	0	0	5
9	Atricción de los dientes	K03.0	4	3	2	9
10	Retracción gingival	K06.0	4	2	2	8

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la hoja de perfil de morbilidad Las Tazas de Agosto 2022 a Diciembre 2022. EPSS Martínez Parraz Kate Lisbeth.

Tabla 2 Morbilidad general de La Garrucha

No.	Patología	Código de la lista detallada CIE10.	Noviembre	Total
1	Caries de la dentina	K02.1	16	16
2	Placa bacteriana	K03.66	15	15
3	Depósitos en los dientes	K03.6	12	12
4	Caries limitada al esmalte	K02.0	13	13
5	Cambios posteruptivos del color de los tejidos dentales duros	K03.7	10	10
6	Pulpitis	K04.0	9	9
7	Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal	K08.1	6	6
8	Retracción gingival	K06.0	6	6
9	Gingivitis crónica	K05.1	5	5
10	Raíz dental retenida	K08.3	4	4

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la hoja de perfil de morbilidad La Garrucha Noviembre 2022. EPSS Martínez Parraz Kate Lisbeth.

Tabla 3 Morbilidad general de San Jerónimo Tulijá

No.	Patología	Código de la lista detallada CIE10.	Oct	Nov	Ene	Feb	Mar	Total
1	Placa bacteriana	K03.66	32	10	42	33	60	176
2	Caries de la dentina	K02.1	32	6	30	28	36	132
3	Depósitos en los dientes	K03.6	20	3	28	26	22	99
4	Caries limitada al esmalte	K02.0	20	6	26	20	19	91
5	Raíz dental retenida	K08.3	15	2	21	20	23	81
6	Pulpitis	K04.0	12	4	1	9	15	41
7	Otras enfermedades periodontales	K05.5	10	3	15	9	14	51
8	Gingivitis crónica	K05.1	8	3	15	13	12	51
9	Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal	K08.1	3	3	15	15	17	53
10	Retracción gingival	K06.0	3	0	13	8	7	31

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la hoja de perfil de morbilidad San Jerónimo Tulijá de Octubre 2022 a Marzo 2023. EPSS Martínez Parraz Kate Lisbeth.

Aunque en las C.A.Z. se brinde el servicio odontológico, la población acude muy poco a la consulta dental, porque al no ser patologías que incapaciten en sus primeras manifestaciones, los pacientes buscan otras alternativas para aliviar el dolor y/o molestia. Es necesario adoptar una posición rehabilitadora para evitar las complicaciones, la etiología de las enfermedades bucales como la caries dental, la gingivitis y la enfermedad periodontal es multifactorial; y se encuentran estrechamente relacionadas principalmente por el estilo de vida, los hábitos inadecuados de higiene bucal, la alimentación y el nivel socioeconómico.

No formó parte de la lista de morbilidad pero en la población de las 3 comunidades, una patología poco frecuente fue las anomalías de la posición del diente, que, según la literatura, su etiología en su mayoría se debe a los factores hereditarios, congénitos, traumas, agentes físicos y desnutrición. También influyen los hábitos en la infancia o bien la pérdida dental prematura. Ésta patología puede predisponer a la caries y en la afectación de los tejidos periodontales; aunque se tenga una buena higiene, la mal posición dentaria no permite que el cepillado dental retire por completo la placa dentobacteriana acumulada en ellos.

Las patologías en los primeros lugares son causantes de las últimas en las tablas de morbilidad, por ejemplo, las raíces dentales retenidas, refleja que las lesiones de caries no están siendo tratadas a tiempo o de manera correcta provocando así la destrucción progresiva de la pieza dentaria y, en un mínimo de casos son el resultado de las complicaciones de exodoncias que se llevan a cabo; esto último se puede atribuir a los tratamientos odontológicos que se ofrecen fuera de las C.A.Z. y que son realizados por algunos individuos en cada una de las comunidades, que si bien cuentan con experiencia y conocimientos previos, en ciertas ocasiones sus tratamientos no son exitosos dejando sin resolver estas complicaciones.

CONCLUSIONES GENERALES

El poco interés que siempre se ha mostrado en el mejoramiento de la calidad de vida de la población menos favorecida, tiene como resultado uno de los estados con mayor índice de pobreza y marginación, las familias indígenas sobreviven principalmente de los programas asistencialistas que otorgan los gobiernos federal y estatal; atender las necesidades básicas sin considerar la diversidad cultural y lingüística ha llevado a un fracaso los distintos programas que por años ha implementado el gobierno mexicano. Por otra parte, el sistema de salud presenta una distribución desigual de recursos destinados a la salud entre las diversas instituciones y programas existentes, ya que estos se encuentran enfocados a distintos estratos de la población, dejando zonas en donde el derecho a la salud, parece ser un privilegio ya que no existe la infraestructura, el recurso humano o los materiales e insumos suficientes para brindar una atención de calidad, por ello no sorprende que los padecimientos infectocontagiosos tengan una alta incidencia. Pero reducir los padecimientos no se debería de enfocar en la enfermedad ya establecida, sino en la creación de políticas de salud que tengan como eje principal la promoción y prevención, seguido de un capital que permita la atención oportuna de las afecciones.

El trabajo que realiza la población autónoma zapatista en colaboración con SADEC A.C., y otras organizaciones no gubernamentales; ha logrado un gran impacto al contribuir en los procesos de atención a los problemas de salud general y bucal trabajando en la aplicación de este servicio, orientando en la promoción y prevención de la salud, teniendo diversos objetivos específicos, logrando que la salud sea accesible, aceptable y disponible principalmente para la comunidad zapatista pero también estos recursos se comparten con la demás población.

Este proyecto se sigue construyendo diariamente, sin embargo, es importante reconocer que también tiene deficiencias que afectan su funcionalidad como las presentes en la atención a la salud bucodental; ya que a pesar de cumplir con su objetivo, no soy la única pasante del área que ha sugerido priorizar algunos aspectos en cuestión institucional con la finalidad de ser equitativos y garantizar la

efectividad del trabajo multidisciplinario. El hecho de que se brinden cursos, talleres, pláticas, y el contar con un asesor/a exclusivo del área de estomatología respaldando nuestra labor, brinda mayor seguridad tanto a ambas organizaciones (SADEC A.C. y el EZLN) como a nosotros los pasantes de servicio social ya que no todos cuentan/contamos con la habilidad y destreza suficientes para ejecutar ciertos procedimientos clínicos. En ocasiones, se cometen errores que podrían ser perjudiciales para la salud de los pacientes, motivo suficiente por el cual es importante contar con personal capacitado que pueda orientar a los próximos pasantes.

En cuanto al enfoque personal, reitero que trabajar con comunidades zapatistas es una experiencia única y enriquecedora tanto en el ámbito personal como en el profesional, ya que llegamos con la idea de querer transformar su entorno y todo lo que implica haciendo todo a nuestra manera pero al final del día, no está mal atreverse a convivir más allá de la relación estomatólogo/a – paciente y permitir abrirse al intercambio cultural, ya que es ahí cuando nos damos cuenta que realmente son ellos quienes nos cambian a nosotros sin imponernos ideas, entre otras.

Gracias a ese vínculo que logré desarrollar con la población, hoy confirmo que tengo una manera súper especial de dar mi consulta y en lo personal, a mí me encanta porque no le doy prioridad al tiempo, no me presiono, platico con todos y cada uno de mis pacientes para poder conocerlos, los escucho, los observo, reímos, platicamos un poquito de su día y de su vida para horizontalizar la relación. Siempre me presento por mi nombre y nunca como doctora o dentista ya que a consideración propia, esto pone un límite con los pacientes que puede hacer que se sientan cohibidos, por eso la amabilidad y el buen trato hacia ellos es muy importante en nuestra práctica diaria, sin importar en donde nos encontremos y que tan cansados o mal nos sintamos.

Aprendí a dar alternativas, quizás no es lo que nos enseñan durante nuestra formación académica pero se obtiene un mejor resultado trabajando con un equipo multidisciplinario que no solamente lo integra el personal de SADEC A.C., sino también la población que comparte sus conocimientos ancestrales y su historia de lucha dentro de sus comunidades.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USO DE FOTOGRAFÍAS

A través de este medio doy mi consentimiento para que las imágenes tomadas, sean publicadas en lo que la autora **Martínez Parraz Kate Lisbeth** considere pertinente con fines académicos.

Las imágenes, videos o audios están destinados a fines académicos para la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

Es muy importante que sepa que, si no desea que se utilice su fotografía y que su nombre sea publicado, tiene la libertad de decir que no, su decisión será respetada y no causará molestia alguna.

Usted tiene derecho a retirar el permiso concedido cuando lo estime conveniente, para hacerlo efectivo debe enviar un correo a la dirección **2163024200@alumnos.xoc.uam.mx** en el momento que guste.

He leído la información o se me ha leído. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y se me han aclarado mis dudas satisfactoriamente. Consiento de manera voluntaria a que se utilice mi nombre y las fotografías de la manera y para los propósitos indicados previamente.

	Fecha		
	06	07	24

Clinica La Garrucha Coracol III
LA Garrucha Chiapas Mexico.

→ Salud
Promotor. Brayan Mendez Encino
Firma. ~~Brayan~~

Promotora de Salud.
Dna Moreno Estrada
Firma. ~~Moreno~~

hijo. Brayan Mendez Moreno

Nosotros Autorizamos NUESTROS
Nombres para la Tarea de
La Doctara Kate.

¡Gracias!

Este documento físico ha sido escaneado y se encuentra resguardado en las oficinas de SADEC, A.C

20/07/24

La Garrocha

Clinica Jesus de Buena Esperanza

Promotores de Salud General

Micaela Clara Alvarez

Leni Jimenes Hdz

Mari Clara Lopez

26 12 2023

San Jeronimo Toluca
Elince Murcia

Aumentamos el uso de nuestro
nombre y/o
fotografía según sea el caso
Para fines académicos

Promotores de salud General

~~Manxin~~
Manxin

Teresa
Alberto

Manuela

MARCO

Cristobal

Jose ~~Felipe~~ Alfredo

Jose Felipe

Manuel

Francisca LS

LOVE yourself







Procesamiento de café en SADEC, Palenque, Chiapas. KLMP, AGOSTO 2022.



Consultorio “Casa de la mujer” (CAM), Palenque, Chiapas, México. KLMP, SEPTIEMBRE 2022.



Un cielo estrellado, La Garrucha, Chiapas, México. KLMP, NOVIEMBRE 2022.



Mercado municipal “Belisario Domínguez”, Ocosingo, Chiapas, México. KLMP, NOVIEMBRE 2022.

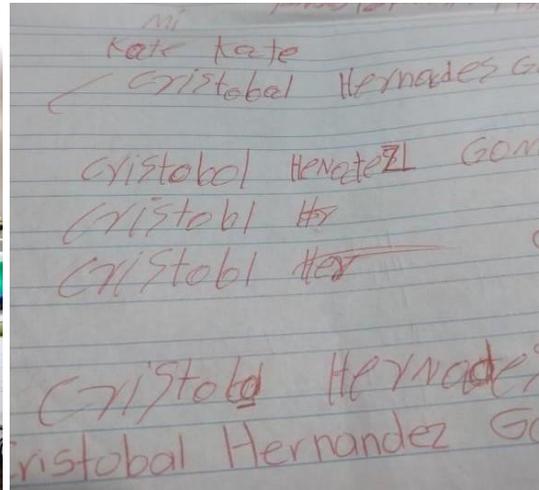
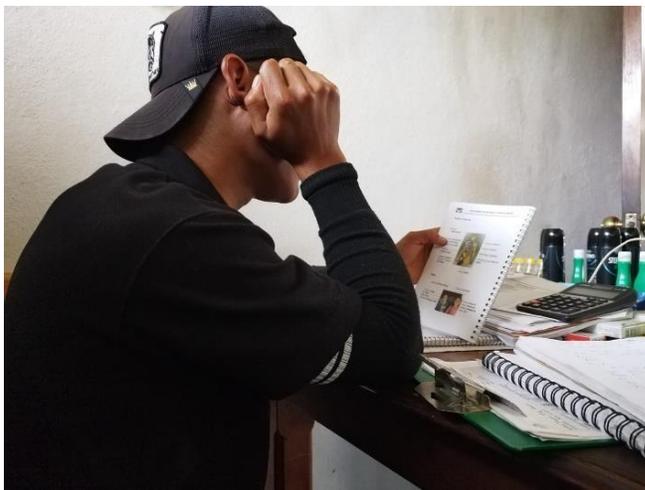


Algunos letreros que se pueden observar al adentrarse a algún territorio zapatista.

Chiapas, México. KLMP, OCTUBRE 2023.



E.A.Z. "10 DE ABRIL", Las Tazas. KLMP, DICIEMBRE 2022.



Apoyo en alfabetización (Cristóbal Hernández) en C.A.Z. "Murcia Elisa Irina Sáenz Garza", San Jerónimo Tulijá. KLMP, MARZO 2023.



Apoyo y formación de promotor dental (Francisco Pérez) en C.A.Z. “Jesús de la Buena Esperanza” (Caracol III), La Garrucha. KLMP, NOVIEMBRE 2022.

Procedimiento: Odontoxesis, profilaxis y técnica de cepillado dental.

BIBLIOGRAFÍA

Arrubarrena Aragón V.M. La relación médico-paciente. Cirujano General Vol. 33 Supl. 2 – 2011.

Ávila Romero Agustín, Vázquez Luis Daniel; “Patrimonio biocultural, saberes y derechos de los pueblos originarios”; CLACSO; Universidad Intercultural de Chiapas; México; 2012.

Sen, Amartya (2002) Basic education and human security. En www.humansecuritychs.org/activities/outreach/Kolkata.pdf

CONAPO, 2016. Proyecciones de la población de México y entidades federativas, Chiapas, México: CONAPO.

Organización Mundial de la salud (octubre 2006). Constitución de la organización mundial de la salud. (45). https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. OMS www.who.int/es

Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2015. El derecho a la salud en México: problemas de su fundamentación, México: CNDH.

Cúentame INEGI, 2020. Cúentame INEGI. [En línea] Available at: <https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/chis/default.aspx?tema=me&e=07> [Último acceso: 08 2022].

Organización de las Naciones Unidas ¿Qué son los derechos humanos? <https://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>

Secretaría de Salud (2014). Prevención, Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Recuperado de http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PreencionDeteccionControlProblemasSaludBucal2013_2018.pdf

World Dental Federation (2003). Objetivos Globales para la Salud Bucodental. <https://www.fdiworlddental.org/es/resources/policy-statements-and-resolutions/objetivos-globales-para-la-salud-bucodental>

Medina-Solis, C., Maupomé, G., Avila-Burgos, L., Pérez Núñez, R., Pelcastre-Villafuerte, B., Pontigo-Loyola, A. (2006). Políticas de salud bucal en México; Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Rev Biomed, 17:269-286.

Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2006/bio064e.pdf>

García-Zavaleta, C. (2015). Equidad y salud bucal. *Rev Estomatol Herediana*, 25(2):85-86. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n2/a01v25n2.pdf>

Villafuerte, D. (2015). Crisis rural, pobreza y hambre en Chiapas. *Limina R*, vol.13, n.1, pp.13-28. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272015000100002

Álvarez Gordillo, G., Araujo Santana, MR., Arellano Gálvez, MC. (2018). Alimentación y salud ante el cambio climático en la meseta comiteca en Chiapas, México. *Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, vol. 52, n. 52.

López Díaz-Ufano, ML. (2012). Salud bucal y alimentación. Papel de la nutrición en la salud bucodental. Recuperado de <https://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Documents/Documents-Publica/2012-MAQUETACION-MATERIAL-FORMATIVO-Salud-bucal-alimentacion-Tema-2.pdf>

Page Pliego, J. (2019). Dulce exterminio: refresco y cerveza como causa desencadenante y complicaciones de la diabetes en mayas de Chiapas. *Revista Medicina Social*.

Jenatton, 2017. Somos lo que bebemos impacto de las bebidas azucaradas en los pueblos originarios de Chiapas.

<https://www.conacyt.gob.mx/index.php/comunicacion/ciencia-para-la-sociedad/notas-informativas/1166-somos-lo-que-bebemos-impacto-de-las-bebidas-azucaradas-en-los-pueblos-originarios-de-chiapas>).

Muñoz, Gloria. *EZLN 20 y 10 El fuego y la palabra*, México, La Jornada Ediciones, 2003.

Fini, Daniele. *El sistema sanitario zapatista. Análisis histórico-político de la salud autónoma en Chiapas. 2009-2010*.

Bautista, E. *La salud en la resistencia: el sistema de salud zapatista. Sexta Declaración de la Selva Lacandona*, (2008).

Heredía, Joel. Salud y Autonomía: el caso Chiapas. OMS. México. 2007.

Rivas Bocanegra, María Georgina, 1999, «*Las organizaciones populares de salud en Las Margaritas, Chiapas. Sujeto Social en construcción*», Tesis de maestría, UAM-X, México.

König, S. (2011). La medicina indígena: un sistema de salud. *Tukari*, 3(16), 4-5.

Ku, A. (1992). Medicina indígena y medicina moderna. El cambio en Maní, Yucatán. *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*, 7(182), 37-45.

Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2006). Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas. Salud indígena y derechos humanos. Manual de contenido. Recuperado de <https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/2089/campa%C3%B1a-educativa-salud-indigena-2008.pdf>

Zolla Márquez, Emiliano, 2004, Estado, antropología e indígenas en el México posrevolucionario. Tesis de licenciatura en Historia, México, UNAM, Facultad de Filosofía y Letras.

López y Teodoro, 2006, La cosmovisión indígena tzotzil y tzeltal a través de la relación salud-enfermedad en el contexto de la medicina tradicional indígena. *Ra Ximahi*, Vol 2, num 1, México.

Cúntame INEGI, 2020. Cúntame INEGI. [En línea] Available at: <https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/chis/default.aspx?tema=me&e=07> [Último acceso: 01 2022].

CPV INEGI, 2020. Panorama Sociodemográfico de Chiapas: Censo de Población y Vivienda 2020, México: INEGI.

CEIEG, 2021. Chiapas: Población femenina de 12 años y más 2020, México: Dirección de Información Geográfica y Estadística.

CEIEG, 2020. Chiapas Producto Interno Bruto, México: Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica de Chiapas.

STPS, 2021. Información laboral: Chiapas, México: Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

CONEVAL, 2021. Medición Multidimensional de la Pobreza en México, México: Comisión Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

CONEVAL, 2020. Informe sobre la situación de pobreza y rezago social, Chiapas: CONEVAL.

Gobierno del Estado de Chiapas, 2019. Plan Estatal de Desarrollo Chiapas 2019-2024, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas: Gobierno de México.

Gobierno del Estado de Chiapas, 2020. Segundo Informe de Gobierno Chiapas, México: Gobierno del estado de Chiapas.

CONEVAL, 2022. Plataforma para el Análisis Territorial de la Pobreza, Ocosingo, México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

H. Ayuntamiento Municipal, 2018. Plan Municipal de Desarrollo Ocosingo 2018-2021, México: Gobierno Municipal de Ocosingo.