

**DIAGNOSTICO Y ATENCION DE SALUD BUCAL DE LA POBLACION DEL
CAMPAMENTO , TENIENTE BOLIVAR, FINCA SACOL, NUEVO CHAHAL ALTA
VERAPAZ DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE
LA URNG A LA VIDA CIUDADANA**

TESIS PRESENTADA POR



**ANTE EL TRIBUNAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, QUE PRACTICO EL
EXAMEN GENERAL PUBLICO PREVIO A OPTAR AL TITULO DE**

CIRUJANO DENTISTA

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1998

09
T(845)
C.4

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Decano:	Dr. Danilo Arroyave Rittscher
Vocal Primero:	Dr. Eduardo Abril Gálvez
Vocal Segundo:	Dr. Luis Barillas Vásquez
Vocal Tercero:	Dr. César Mendizábal Giron
Vocal Cuarto:	Br. Guillermo Martini Galindo
Vocal Quinto:	Br. Alejandro Rendón Terraza
Secretario:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

Decano:	Dr. Danilo Arroyave Rittscher
Vocal Primero (Miembro J.D.):	Dr. César Mendizábal Giron
Vocal Segundo (Asesor):	Dr. Angel Rodolfo Soto G.
Vocal Tercero:	Dr. Linton Grajeda
Secretario:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo

ACTO QUE DEDICO

- A DIOS: Por ser ese amigo fiel que siempre me ha conducido por el camino del bien, por haberme dado paz en los momentos de angustia, por haberme dado sabiduría para poder llegar hasta este momento.
- A MIS PADRES: Aura Leticia Bonilla
José Zuleta
En especial a mi mamá por ser mi amiga,
por darme su apoyo, comprensión y cariño.
- A MIS ABUELITOS: Mario Bonilla
María de Bonilla, por sus sabios consejos y cariño.
- A MIS TIOS: Irma Bonilla
Aksel Bonilla, por su apoyo y cariño.
- A MI PRIMA: Tere Bonilla
Por su cariño, comprensión y afecto.
- A: Luvia Polanco
Por saberle dar el verdadero significado a la palabra
AMISTAD, gracias por su ayuda y cariño.
- Toda mi familia
por su cariño.

TESIS QUE DEDICO

- A: **Guatemala.**
- A: **La Universidad De San Carlos De Guatemala.**
- A: **La Facultad De Odontología.**
- A: **Todos los catedráticos que me brindaron sus conocimientos.**
- A: **Mis amigos y compañeros.**

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su consideración mi trabajo de tesis titulado "DIAGNOSTICO Y ATENCION DE SALUD BUCAL DE LA POBLACION DEL CAMPAMENTO, TENIENTE BOLIVAR, FINCA SACOL, NUEVO CHAHAL ALTA VERAPAZ DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA".

Conforme lo demandan los reglamentos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Quiero expresar mi agradecimiento a mis asesores de tesis: Dr. Angel Rodolfo Soto G. y Dr. Daullo Arroyave Ritscher por su valiosa orientación en la realización de este trabajo.

Y a ustedes distinguidos miembros del tribunal examinador, reciban mis más altas muestras de consideración y respeto.

INDICE

INTRODUCCION.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
JUSTIFICACION.....	7
OBJETIVOS.....	8
REVISION DE LITERATURA.....	9
METODOLOGIA.....	33
RECURSOS Y MATERIALES.....	43
PRESENTACION Y DISCUSION DE RESULTADOS.	46
CONCLUSIONES.....	63
RECOMENDACIONES.....	65
LIMITACIONES.....	66
BIBLIOGRAFIA.....	67
ANEXOS.....	70

INTRODUCCION

El 29 de diciembre de 1996, culminó, con la suscripción del Acuerdo de Paz Firme y Duradera entre la URNG y el Gobierno de Guatemala, un proceso de 10 años encaminado a dar fin al enfrentamiento armado interno en Guatemala. Las partes firmaron acuerdos de carácter sustantivo sobre temas que incluyeron Los Derechos Humanos, La Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas, El Reasentamiento de las Poblaciones Desarraigadas por el Enfrentamiento Armado, Aspectos Socioeconómicos, Situación Agraria, El Fortalecimiento del Poder Civil y Función del Ejército en una Sociedad Democrática. (14)

En los mismos Acuerdos se estableció la conformación de la Comisión de Apoyo Logístico, constituida el 18 de Noviembre de 1996, dicha Comisión fue coordinada por la Misión de Verificación de Naciones Unidas para Guatemala, (MINUGUA) y contó con representantes de URNG, Instituciones del Gobierno de la República: Comisión Nacional para la Atención de Repatriados, Refugiados y Desplazados - CEAR -, Comisión Presidencial para la Paz - COPAZ -, y de la Comunidad Internacional a través del llamado GRUPO DE LOS CUATRO. El sistema de Naciones Unidas para el Desarrollo.

- PNUD - y apoyada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud - OPS - /OMS - y del Alto Comisionado de Naciones Unidas para Refugiados - ACNUR -. La Unión Europea - UE -; La Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos -USAID- y la Organización de los Estados Americanos -OEA-.

Dentro de este acuerdo se contempló el Plan de Diagnóstico y Atención de Salud Integral, en la fase de desmovilización del plan de incorporación de URNG a la vida ciudadana, Integrado por URNG, Ministerio de Salud Pública (MSPAS), Médicos del Mundo España (MDM-E), Organización Panamericana de la Salud -OPS-, Universidad Misionera del Pobre -UMF-, Médicos sin Fronteras Francia (MSF-F) y Universidad de San Carlos de Guatemala -USAC- a través de la Facultad de Odontología (FO). (31)

Se realizó la fase diagnóstica de todos los excombatientes como base para la clasificación y determinación de la atención odontológica. Una segunda fase consistió en la identificación de los casos más severos y se determinó la atención de una población meta del 60% de la totalidad de concentrados. La tercera y última fase determinó la elección de las piezas dentales a ser tratadas. (37)

Contribuyendo al fortalecimiento de la paz, la Universidad de San Carlos de Guatemala, delegó a través de la Facultad de Odontología, un total de 39 estudiantes del último año de la carrera de Cirujano Dentista para prestar sus servicios como tales, conociéndose de antemano que la atención de la Salud Bucal es necesaria para esta población que no ha contado con la misma, durante treinta y seis años de guerra interna.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población de excombatientes de la URNG, fue considerada como una comunidad aislada y heterogénea, por lo que se hizo necesario establecer sus necesidades a nivel médico, odontológico y psicológico.

Teniendo antecedentes de parte de los miembros de la URNG, que una de las tres mayores necesidades de salud de la población a ser desmovilizada es la odontológica y tomando en consideración que esta comunidad estuvo excluida de los servicios mínimos de salud pública necesarios, se contempló la necesidad de crear y activar un plan de diagnóstico y atención de Salud Bucal para dicha comunidad.

Este trabajo está encaminado esencialmente a describir las condiciones de salud y/o patología bucal así como los tratamientos efectuados en la población desmovilizada de la URNG.

JUSTIFICACION

Los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala estando concientes de las obligaciones académicas y sociales en el sector de salud dentro del proceso de Paz, colaboraron dando a conocer las necesidades en salud bucal de la población desmovilizada efectuando algún tratamiento y orientando las acciones a seguir en un futuro inmediato.

Debido a tantos años de guerra, la mayoría de los miembros de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG), permanecieron aislados, por muchos años, en áreas geográficas poco accesibles de la República de Guatemala, teniendo así escasa o ninguna atención odontológica.

Como parte de los Acuerdos de Paz durante la fase de desmovilización, se contempló la atención en salud bucal de los excombatientes concentrados en los diferentes campamentos de desmovilización entre ellos el Campamento Sacol.

Por tal motivo dichas necesidades odontológicas (operatoria, exodoncia, periodoncia, prótesis fija, prótesis parcial removible, prótesis total), fueron diagnosticadas y atendidas por estudiantes del último año de la carrera de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, durante la fase de desmovilización.

OBJETIVOS GENERALES

- 1. Diagnosticar el estado de salud bucal de los excombatientes de la URNG, en la fase de desmovilización del campamento Teniente Bolívar, Finca Sacol, Nuevo Chahal, Alta Verapaz.**
- 2. Implementar acciones de promoción, prevención y tratamientos dirigidos a controlar el proceso de las enfermedades más comunes de los excombatientes.**

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1. Evaluar y determinar a través del examen clínico de la cavidad bucal la presencia de caries, enfermedad periodontal, espacios edéntulos, restauraciones presentes y piezas indicadas para extracción.**
- 2. Establecer campañas educativas, para la promoción de la salud bucal.**
- 3. Brindar la atención mínima curativa del daño odontológico mediante acciones preventivas y de curación de los tejidos duros y blandos por lo menos al 60% de los excombatientes de los campamentos.**

REVISION DE LITERATURA

ANTECEDENTES HISTORICOS:

La guerra surgió como consecuencia de la contra revolución que en 1954 derrotó al presidente electo constitucionalmente el Coronel Jacobo Arbenz Guzmán y de la radicalización que ello provocó en los militares que se sublevaron en 1960, en contra del General Ydígoras Fuentes, que permitió en territorio guatemalteco, el entrenamiento de los anticastristas que fracasaron posteriormente en Bahía Cochinos y en los actores políticos de la izquierda que tomaron el camino de las armas en 1962, luego un escandaloso fraude electoral, cuando las protestas civiles desarmadas se reprimieron salvajemente con fusiles en un contexto mundial de guerra fría. (39)

La lucha de clases en Guatemala llega a niveles de confrontación armada a principios de la década de los 60, prolongándose con altibajos hasta la fecha. En su desencadenamiento se conjugan condicionantes histórico-sociales, en antecedente de la frustración de la democracia burguesa y su intento reformista de 1944-54, con toma de opciones políticas por los partidos y grupos de izquierda. No se puede señalar con precisión, por falta de datos, si también el proceso fue precedido por un desarrollo de la conciencia de la clase de los sectores denominados o sus formas de organización, aunque parece evidente que las otras formas de lucha social no habían sido agotadas. (7)

Todo comenzó dentro de las filas del ejército, una insubordinación entre los mismos oficiales para derrocar al régimen. Ningún guatemalteco imaginó que a partir de ese momento, cuando el calendario marcaba el 13 de Noviembre de 1960, se iniciaba una de las etapas más oscuras y dolorosas de la historia de Guatemala. (14)

La Intentona del 13 de Noviembre de 1960 había sido organizada por una tendencia conspirativa de oficiales, subalternos y superiores llamada la "Logia del Niño Jesús" y que en un principio abarcaba cerca de 400 oficiales. Las motivaciones para la conspiración parecen haber sido las siguientes:

A.- Descontento por razones internas:

En relación a las políticas del entonces Ministro de la Defensa Nacional, disgusto por corrupción y descuido en diversas ramas de la administración militar.

B.- Descontento por razones externas:

Los militares se resentían de los preparativos para la invasión a Cuba, que desarrollaba la brigada de exiliados cubanos llamada "2506" en los terrenos de la finca Helvetia, en Retalhuleu. Esto último se explica si se recuerdan los condicionantes de la ideología militar (soberanía nacional, no existencia de otros cuerpos armados en el país).

C.- Descontento contra el Gobierno del General Ydígoras, por corrupción en la administración pública.

La rebelión fracasó porque buena parte de los conjurados se retiraron de la misma a último momento. Ello se debió a que una tendencia considerada como muy izquierdista por el resto de oficiales buscaba imponerse en la dirección de la asonada.

Después del fracaso, un grupo de oficiales subalternos entre ellos: Luis Turcios Lima, Marco Antonio Yon Sosa, Luis Trejo Esquivel, Rodolfo Chacón, Zenón Reina, Augusto Loarca, Alejandro de León y otros, persistieron en su actitud conspirativa fundando el llamado "Movimiento Rebelde 13 de Noviembre" (MR-13) que inicia operaciones en 1961, con la ocupación de la población de Bananera, Izabal. (7)

Los cabecillas convencen a grupos políticos entre ellos el Partido Guatemalteco del Trabajo, -PGT- o Partido Comunista y otros grupos de poder para participar con ellos.

Sin embargo, a las pocas semanas el MR-13 es tocado en sus cuarteles, su principal líder Alejandro de León, es ultimado por el Jefe de la Policía Judicial, Ranulfo González. La venganza no se deja esperar y el 24 de enero, Yon Sosa, Turcios Lima y Trejo llevan a cabo un atentado.

Simultáneamente surgen otros intentos golpistas como el del Exministro de la Defensa en tiempo de Jacobo Arbenz, Carlos Paz Tejeda efectuado en Concuá, Baja Verapaz, y el de un hermano de Yon Sosa, sin embargo ambos fracasan en su intentos. (24,25,38)

Después de la caída de Arbenz Guzmán los partidos pequeños-burgueses de la Revolución de Octubre desaparecieron de la arena política subsistiendo únicamente el Partido Comunista de

Guatemala, denominado Partido Guatemalteco del Trabajo -PGT-, expresión política de los trabajadores asalariados del campo y la ciudad y de los campesinos pobres. El PGT actuando en la clandestinidad y sometidos a una intensa y permanente persecución, habían mantenido una actividad basada en impulsar la reorganización de los sectores populares y pequeño-burgueses progresistas. En 1960 su III Congreso había aceptado impulsar todas las formas de lucha y en 1961 el Comité Central había estimado que las condiciones estaban dadas para impulsar la lucha armada. De acuerdo a esa concepción, el PGT organizó en marzo de 1962 la apertura de un frente guerrillero en la región de Concuá, Baja Verapaz que había de operar bajo el nombre de 20 de Octubre.

El golpe militar del 30 de Marzo de 1963 instauró un gobierno militar precedido por el Ministro de la Defensa, Coronel Enrique Peralta Azurdía de características autoritarias.

Este golpe pretendía resolver las contradicciones que tenían entre sí las facciones de la clase dominante y enfrentar el cuestionamiento que provenían de las clases populares. (7)

Según César Montes uno de los errores de Peralta Azurdía fue el enfrentar a la guerrilla de aquel entonces, tuvo aciertos y mantuvo un combate contra la corrupción y estableció el aguinaldo pero comenzó a combatir a los del 13 de Noviembre después de derrocar a Ydígoras. El movimiento guerrillero inicia en 1963 cuando Peralta Azurdía había derrocado a Ydígoras, entonces se inició la lucha contra Peralta Azurdía y en estos tres años ésta creció. (22)

Los insurgentes formaron 6 agrupaciones en diferentes épocas:

1. El Partido Guatemalteco del Trabajo -PGT- fundado en 1949
2. El Movimiento Revolucionario 13 de Noviembre -MR-13-, 1961
3. Fuerzas Armadas Rebeldes -FAR- fundada en 1962 por Pablo Monsanto
4. Organización del Pueblo en Armas -ORPA- fundada en 1971 por Gaspar Ilom
5. Ejército Guerrillero de los Pobres -EGP- fundada en 1972 por Rolando Morán
6. Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca -URNG- fundada en 1980. (6)

En el período que va desde principios de 1963 a fines de 1966, el movimiento guerrillero en Guatemala se desarrolla hasta alcanzar un auge momentáneo. Los aspectos más importantes de ese proceso son los siguientes:

Políticos: La guerrilla se planteó fundamentalmente como un movimiento militar de orientación socialista, políticamente representado por el PGT, que intentó constituir un frente único, que ampliaría el apoyo político a la guerrilla, llamado FUR. A partir de 1964 se presenta una facción divisionista de tendencia Trotskista de la IV Internacional la cual influye en el frente guerrillero de Yon Sosa, por medio de Francisco Armado, por eso, dicho comandante se separó de las FAR y continuó operando independientemente con el nombre de Movimiento Rebelde 13 de Noviembre. (7)

La contracción de los dos períodos de auge guerrillero de 1966-67 y de 1982 se lograron a un altísimo costo social en vidas humanas, destrucción de la población con altos grados de violaciones de los derechos humanos y errores en la conducción del movimiento armado, perdiéndose así su unidad interna. (15,39)

En 1970 la guerra empieza a tornarse más compleja y la guerrilla comienza una nueva táctica, la del secuestro político para exigir la liberación de sus miembros. En tres oportunidades la insurgencia logra buenos resultados pero su cuarto operativo en el cual pretendían secuestrar al Embajador Estadounidense John Gordon Mein, para intercambiarlo por el insurgente Camilo Sánchez, el cual fracasa ante la seguridad del diplomático, pero en el incidente muere Gordon Mein. Lo mismo ocurrió el 5 de Abril del mismo año, en esta oportunidad las FAR matan al embajador de Alemania El Conde Karl Von Sprettl, ante la negativa del Gobierno de Méndez Montenegro, de intercambiarlo por insurgentes retenidos. (38)

Los años que van de 1968-73 señalan un mantenimiento del terror y del declive de la guerrilla. Las FAR realizaron dos intentos de retomar la iniciativa, el primero llamado La Concentración de 1968, que intentó reunir los restos de los grupos diezmados para abrir un nuevo frente, esta vez en la zona selvática del norte del país. En 1968-69 las columnas guerrilleras se internaron en la selva tropical, que separa el norte de los departamentos de Alta Verapaz y Quiché, del Petén. En la segunda intentona de 1971-72 las columnas guerrilleras permanecieron algunos meses en la selva, realizando operaciones de hostigamiento, como la captura del movimiento militar de Las Tortugas y eludiendo las patrullas militares enviadas en su contra, en esa intentona murió el último militar que pertenecía a las FAR teniente Rodolfo Chacón. (7)

En los 70 se inicia la modalidad de Gobiernos Institucionales precedidos por militares. El Alto Mando del Ejército selecciona a su candidato y lo impone fraudulentamente a través del partido político o coalición de partidos, que estima conveniente apoyar institucionalmente a su elegido. Así asumieron el poder los generales Carlos Arana Osorio, y Kjell Eugenio Laugerud García y Fernando Romeo Lucas García. (32)

En el período de la presidencia del General Kjell Eugenio Laugerud García (1974-78) no se repitió el esquema de las olas de terror aunque sí se produjeron asesinatos selectivos, como el del abogado laborista Mario López Larrave, del secretario general del PGT, Humberto Alvarado, así como hechos de violencia regionales en Ixcán, norte del Quiché, como parte de las medidas contra las operaciones de la guerrilla. (7,12)

En 1978 dos nuevas organizaciones denominadas Ejército Guerrillero de los Pobres, y la Organización del Pueblo en Armas, se suman a las ya existentes en zonas como Quiché y San Marcos. En este mismo año la Comunidad Nacional e Internacional se ve conmocionada ante la masacre de Panzós, Alta Verapaz, donde cerca de cien campesinos mueren en manos del ejército, durante una protesta para exigir tierras, en esta época la lucha contra insurgente se agudiza y la violencia aumenta.(38)

Hasta entonces la Comunidad Internacional se limitaba a condenar la violación contra los derechos humanos. Pero el 31 de Enero de 1980 se vio forzada a aislar a Guatemala del contexto mundial. Varias decenas de personas mueren tras la ocupación de la Embajada de España en Guatemala, por activistas del Comité de Unidad Campesina -CUC-. Un comando de fuerzas de seguridad intentan desalojarlos, lanzando bombas de fósforo blanco, de inmediato estallan bombas molotov y el inmueble se cubre con llamas. (32,38)

A finales de 1982 las cuatro organizaciones insurgentes deciden unirse en Cuba para darle vida a la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca -URNG-, el movimiento insurgente logra controlar varias regiones del occidente, norte, centro y sur del país. (12)

En 1982 se materializa un Golpe de Estado y los alzados entregan el poder a un triunvirato encabezado por el General Efraín Ríos Mont, existiendo mayor represión contra la clase indígena.

estableciendo las Patrullas de Autodefensa Civil -PAC- que en un par de meses llegan a sumar un par de integrantes.

En 1983 Efraín Ríos Mont es derrocado y asume el poder el General Oscar Humberto Mejía Victores, convocando a una Asamblea Constituyente para elaborar una nueva Constitución Política de la República y un programa elecciones generales para 1985.

En 1985 se constituyó la Comandancia General de la URNG y se dieron a conocer las tesis de la misma.

En 1986, ante los sucesivos fracasos para lograr la estabilidad del país, el Ejército se vio obligado a impulsar una nueva estrategia con fachada civil con la cual se propuso nuevamente, neutralizar el movimiento revolucionario y aislarlo tanto a nivel de la población como a nivel internacional. Paralelamente impulsó una campaña político-diplomática que basada en su estrategia política pretendía aislar al movimiento revolucionario.

Esta maniobra aperturista contó con el apoyo reforzado de países como Israel y Taiwan, los que han estado presentes en todo el modelo contrainsurgente, pero en ese momento jugaron un papel principal dentro de la guerra política.

En 1986 toma posesión Vinicio Cerezo Arévalo, siendo el primer presidente electo de forma transparente, comenzando a negociarse con la insurgencia, poniendo como condición que depusieran las armas, llevándose a cabo la primera reunión en El Escorial bajo la observancia del Gobierno de España, y el Embajador de Guatemala, Danilo Barillas.

En 1987 hubo un primer encuentro entre delegaciones de la URNG y el Gobierno, ejecutándose en Madrid, España.

La mediación de la Comisión Nacional de Reconciliación -CNR- precedida por Monseñor Rodolfo Quezada Toruño y asesorada por los ciudadanos notables: Teresa Bolaños de Zarco y Mario Pernuth logra la firma del acuerdo para la búsqueda de la paz, por medios políticos. (13, 38)

Para poder llegar a la paz firme y duradera, fueron necesarios varios acuerdos preliminares entre ellos tenemos:

1. El Proceso de Contadora:

- 1.1 Nace el grupo y presenta su propuesta de paz el 9 de Enero de 1983.
- 1.2 Los presidentes del Istmo aceptan la propuesta el 9 de Septiembre de 1983.
- 1.3 La ONU apoya el grupo de Contadora el 11 de Noviembre de 1983.
- 1.4 Contadora presenta su primer Acta de Paz el 15 de Abril de 1984.
- 1.5 Contadora presenta la última versión del Acta de Paz el 6 de Junio de 1986.

2. La Negociación Indirecta comprende:

- 2.1 Primera reunión de presidentes de Centroamérica, Esquipulas I, el 15 de Mayo de 1986 .
- 2.2 Procedimiento para establecer la paz firme y duradera en Esquipulas II, el 7 de Julio 1987.
- 2.3 Garita de Alajuela en donde se evaluó la amnistía y democratización, el 16 de Julio de 1988.
- 2.4 Comisión Nacional de Reconciliación -CNR- y diálogo nacional el 7 de Noviembre de 1988.
- 2.5 CNR formada por el Gobierno, la Iglesia Católica, Partidos Políticos, Ciudadanos Notables Organización de Trabajadores, Organizaciones Cooperativas, Universidades, Colegios Profesionales, Iglesias, Cultos y otras denominaciones religiosas; logra que el Gobierno y la URNG firme el Acuerdo de Oslo (paz por medios políticos), el 30 de Marzo de 1990.

3. En el Acuerdo de Oslo se originaron algunas instancias, entre ellas:

- 3.1 El Escorial o Instancia Política en julio de 1990.
- 3.2 Ottawa o Instancia del Sector Empresarial -CACIF- en septiembre de 1990.
- 3.3 Quito o Instancia Religiosa, en septiembre de 1990.
- 3.4 Metepec o Instancia Sindical y Popular en octubre de 1990.
- 3.5 Atlixco o Instancia Académica, Profesional y Pequeña Empresa en octubre de 1990.

4. La Negociación Directa comprende:

- 4.1 El Presidente Serrano Elías presenta su Plan de Paz Total a la ONU, en enero de 1991.
- 4.2 Gobierno y URNG acuerdan la agenda y el procedimiento para desarrollar la negociación, abril 1991.
- 4.3 URNG y Gobierno firman el Acuerdo Marco para la Búsqueda de una Paz Total por Medios Políticos, (ACUERDO DE QUERETARO), junio 1991.
- 4.4 URNG propone el documento: Una Paz Justa y Democrática, contenido de la negociación, mayo 1993.

4.5 Gobierno propone documento: "La paz no es sólo la ausencia de guerra sino creación del conjunto de condiciones que le permitan al hombre vivir sin angustias ni temores", junio 1992.

5. Los seis acuerdos que corresponden a la negociación complementaria firmados por el gobierno de Ramiro de León Carpio son:
 - 5.1 Acuerdo "Marco para la reanudación del proceso de negociación entre el Gobierno y la URNG, México, enero de 1994".
 - 5.2 Acuerdo global sobre Derechos Humanos, México, marzo 1994.
 - 5.3 Acuerdo de calendarización de las negociaciones para una paz firme y duradera en Guatemala, México, marzo de 1994.
 - 5.4 Acuerdo sobre "Reasentamiento de las poblaciones desarraigadas por el enfrentamiento armado, Oslo, junio 1994.
 - 5.5 Acuerdo sobre "La creación de la comisión para el esclarecimiento histórico de las violaciones a los derechos humanos y a los hechos de violencia que han causado sufrimiento a la población guatemalteca", Oslo, junio 1994.
 - 5.6 Acuerdo sobre "Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas", México, 31 de marzo de 1995
6. Los puntos básicos del Acuerdo Marco son:
 - 6.1 Temario de la negociación.
 - 6.2 Moderación de las negociaciones bilaterales.
 - 6.3 Asamblea de la Sociedad Civil -ASC- estaba integrada por: Cinco diputados por cada instancia (Escorial, Ottawa, Quito, Metepec y Atlixco, cinco representantes mayas, mujeres, Organizaciones no Gubernamentales -ONG's-, periodistas, centros de Investigación y Organización de Derechos Humanos). Los cinco temas sustantivos que discutió la ASC fueron: El reasentamiento de las poblaciones desarraigadas por el enfrentamiento armado, identidad y derecho de los pueblos indígenas, aspectos socioeconómicos y situación agraria, fortalecimiento del poder civil, función del Ejército en una sociedad civil, reforma constitucional y régimen electoral.
 - 6.4 Papel de los países amigos (Colombia, USA, México, Noruega y Venezuela).
 - 6.5 Procedimientos
 - 6.6 Mecanismos de verificación.

1. Los puntos que regulan el Acuerdo Global sobre Derechos Humanos son:

- **Compromiso general con los derechos humanos.**
- **Fortalecimiento de las instancias de protección de los derechos humanos.**
- **Compromiso en contra de la impunidad.**
- **Compromiso de que no existan cuerpos de seguridad ilegales y aparatos clandestinos, regulación de la portación de armas.**
- **Garantías para las libertades de asociación y movimiento.**
- **Conscripción militar.**
- **Garantías y protección a las personas y entidades que trabajan en la protección de los derechos humanos.**
- **Resarcimiento y/o asistencia a las víctimas de violencia de los derechos humanos.**
- **Verificación de la ONU (MINUGUA)**

2. El Acuerdo de Reasentamiento de las Poblaciones Desarraigadas por el Enfrentamiento Armado comprende:

- **Definiciones, principios y objetivos de una estrategia global de reasentamiento de las poblaciones desarraigadas por el enfrentamiento armado.**
- **Garantías para el reasentamiento de las poblaciones desarraigadas.**
- **Integración productiva de las poblaciones desarraigadas y desarrollo de las áreas de reasentamiento.**
- **Recursos y cooperación internacional.**
- **Arreglos institucionales**
- **Disposición final.**

3. El Acuerdo sobre la Comisión para el Esclarecimiento Histórico de las Violaciones a los Derechos Humanos y los hechos de violencia que ha causado sufrimiento a la población comprende:

- **finalidades**
- **integración**
- **compromiso de las partes**
- **medidas de ejecución inmediata después de la firma del presente acuerdo**
- **período**

- funcionamiento, instalación y duración
- informe
- verificación internacional.

4. El Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas comprenden:

- **Identidad de los pueblos indígenas**
- **lucha contra la discriminación:**
 - ~ **lucha contra la discriminación legal y de hecho**
 - ~ **derecho de la mujer indígena**
 - ~ **instrumentos internacionales.**
- **derechos culturales:**
 - ~ **Idioma**
 - ~ **nombres, apellidos, toponimia**
 - ~ **espiritualidad**
 - ~ **templos, centros ceremoniales y lugares sagrados**
 - ~ **uso del traje**
 - ~ **ciencia y tecnología**
 - ~ **reforma educativa**
 - ~ **medios de comunicación masiva**
- **derechos civiles, políticos, sociales y económicos:**
 - **marco constitucional**
 - **derecho relativo a tierras de los pueblos indígenas.**
 - ~ **comunidades y autoridades indígenas locales**
 - ~ **regionalización**
 - ~ **participación a todos los niveles**
 - ~ **derecho consuetudinario**
- **comisiones paritarias**
- **recursos**
- **disposiciones finales.**

5. Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria:

- democratización y desarrollo participativo
 - ~ participación y concertación social
 - ~ participación de la mujer en el desarrollo económico y social
- desarrollo social:
 - ~ educación y capacitación
 - ~ salud
 - ~ seguridad social
 - ~ vivienda
 - ~ trabajo
- situación agraria y desarrollo rural:
 - ~ participación
 - ~ acceso a tierra y recursos productivos
 - ~ estructura de apoyo
 - ~ organización productiva de la población rural
 - ~ marco legal y seguridad jurídica
 - ~ registro de la propiedad inmueble y catastro
 - ~ protección laboral
 - ~ protección ambiental
 - ~ recursos.
- modernización de la gestión pública y política fiscal :
 - ~ modernización de la administración pública
 - ~ política fiscal.

6. Acuerdo sobre Fortalecimiento del Poder Civil y Función del Ejército en un Sociedad Democrática:

- El Estado y su forma de gobierno
- El Organismo Legislativo
- Sistema de Justicia
- Organismo Ejecutivo:
 - ~ agenda de seguridad
 - ~ seguridad pública
 - ~ Ejército

- ~ Presidencia de la República
- ~ Información e Inteligencia
- ~ profesionalización del servidor público.
- participación social
- participación de la mujer en el fortalecimiento del poder civil
- aspectos operativos derivados de la finalización del enfrentamiento armado.
- (1,2,6,9,13,15,20,23)

Luego de la suscripción de estos acuerdos sustantivos, se firmaron una serie de acuerdos en torno a los diversos aspectos operativos y técnicos del fin del enfrentamiento. De tal suerte, el 4 de Diciembre de 1996, se firmó el Acuerdo sobre el Definitivo Cese al Fuego en la ciudad de Oslo, Noruega. En el mismo se definió la estrategia para la inscripción de los excombatientes de la URNG a la vida ciudadana, empezando por su desmovilización.

Entre los acuerdos se incluye la salud, las partes coinciden en la necesidad de impulsar una reforma del sector nacional de salud. Dicha reforma fue orientada hacia el efectivo ejercicio por la población del derecho fundamental a la salud, sin discriminación alguna y el efectivo desempeño por el estado, dotado de los recursos necesarios, de su obligación sobre la salud y asistencia social. (1)

En el Acuerdo sobre "el Definitivo Cese al Fuego" se estableció la confirmación de la Comisión de Desmovilización de Excombatientes y de Apoyo Logístico, constituida el 18 de Diciembre de 1996, como marco para el diseño e implementación de la estrategia de desmovilización.

La fase de desmovilización se pensó para que, en un plazo de 60 días a partir del denominado "Día D", los excombatientes concentrados y desarmados en 8 campamentos, cuya ubicación fue seleccionada por la comandancia de la URNG y la de MINUGUA de acuerdo con las áreas de acción del grupo desmovilizado. Para ello se programó que un tercio de los excombatientes abandonaran los campamentos en cada uno de tres períodos: Del día "D+43" al día "D+48", del día "D+49" al día "D+54", del día "D+55" al día "D+60" (Acuerdo sobre el Definitivo Cese al Fuego, art 28). Como resultado de la negociación fue fijado específicamente el día 3 de Marzo de 1997, como "Día D", con lo que la fase de desmovilización había de concluir el 3 de Mayo de 1997.(31)

Durante su estancia en los campamentos los excombatientes fueron atendidos en tres ejes estratégicos:

1. Orientación vocacional e inserción a la vida productiva.

2. Documentación y reunificación familiar.

3. Educación y salud

El 29 de diciembre de 1996, con la presencia de 10 Jefes de Estado, Armando Calderón Sol (El Salvador), Roberto Reina (Honduras), Violeta Chamorro (Nicaragua), José María Figueres (Costa Rica), Ernesto Pérez Valladares, (Panamá), Ernesto Zedillo (México), Rafael Caldera (Venezuela), Ernesto Samper (Colombia) el Jefe del Gobierno Español José María Aznar y el Gobierno como testigos de honor, el Presidente de la República Alvaro Arzú Irigoyen, los Comandantes de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca -URNG-, suscribieron el Acuerdo de Paz Firme y Duradera, que pone fin al conflicto armado de 36 años, durante una ceremonia celebrada en el Palacio Nacional. (14,16)

En medio de la algabaría que se vivió en el parque central, el Presidente de la República Alvaro Arzú, acompañado del Comandante Guerrillero Roberto Morán, encendieron al pie de la bandera nacional, la llama de la paz que simbolizó el fin del conflicto armado en el país.

Después del 29 de diciembre sólo concluyó una etapa del proceso de pacificación, la negociación, la vía política que se eligió para ponerle fin al enfrentamiento armado interno. A partir de aquí, el Gobierno tendrá que cumplir con su papel de representantes de la paz.

En enero de 1997, una comisión de la URNG, OPS y Ministerio de Salud se entrevistó con el Decano de la Facultad de Odontología Dr. Danilo Arroyave el cual nombró al Doctor Rodolfo Soto como representante de la Facultad de Odontología en el Programa Extraordinario de Salud Integral en la Desmovilización e Incorporación de la URNG a la vida ciudadana.

La comisión de Salud estuvo integrada por representantes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca -URNG-, la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala -USAC-FO, Unión Europea-UE, Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos -USAID-, Médicos sin Fronteras Francia -MSF-F-, Médicos del Mundo España -MDM-E-, Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud -OPS/OMS-, que juntos conformaban : La Comisión Multisectorial para Prestación de Servicios de Salud Integral en la Fase de Desmovilización e Incorporación de la URNG a la Vida Ciudadana. (31)

Los odontólogos practicantes solicitados a la Facultad de Odontología debieron llenar requisitos como: (ser voluntarios, disponer de 60 días en los cuales se programaron actividades hasta los domingos y sin poder salir de los campamentos). Para elegir un total de 39 Odontólogos Practicantes se efectuó un sorteo entre los 60 estudiantes que querían participar. (27)

Por lo anterior la Junta Directiva de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala transcribió el PUNTO PRIMERO del Acta No. -1-97 de la sesión celebrada el día 17 de enero de 1997 que literalmente dice:

PRIMERO: Participación de la Facultad de Odontología en el Programa Extraordinario de Salud, derivado de los Acuerdos de Paz. La junta Directiva tomando en consideración lo resuelto por el Consejo Superior Universitario en el Punto Décimo Noveno del Acta No. 29-96 de su sesión celebrada el día 27 de Noviembre de 1996 y de acuerdo con la recomendación del Consejo Académico de esta Facultad, acordó:

- 1.1 Apoyar la participación de la Facultad de Odontología en el Proceso de Paz, integrándose al equipo multidisciplinario que participará en el Programa Extraordinario de Salud en los campamentos de la URNG.
- 1.2 Que los estudiantes que voluntariamente se integren en ese programa que permanezcan por dos meses en los campamentos de la URNG, puedan elegir cualquiera de las opciones siguientes, en cuanto a su desempeño curricular en la Facultad de Odontología:
 - A. Que la actividad extraordinaria desarrollada durante esos dos meses en los campamentos de la URNG, sea equivalente a cuatro meses efectivos de E.P.S

Los odontólogos practicantes que optaron por ésta son:

Juan Carlos Villegas	Adrián Alvarado
María del Rosario Bártres	Rubén Sagarínaga
Luis Eduardo Paredes	María Monzón
Carolina Arango	Luisa Ramírez
Marcia Roulet	

- B. Que realicen un trabajo de investigación en el campamento asignado, elaborado de acuerdo a los lineamientos de la Comisión de Tesis de esta Facultad, quien tendrá a su cargo la asesoría y aprobación de dicho trabajo, el cual se constituirá en la tesis de graduación. (17)

Los odontólogos practicantes que optaron por esta opción son:

Neyda Yesenia Zuleta Bonilla	Arturo Castillo
Vanessa Noguera	Sandra Agullar
Tatiana Herrera	Delita Tomi
Lidia Tejaxún	Jullo Anleu
Ignacio Asencio	Byron Ollvar
Lester Molina	José Juárez
Rudy Ramírez	Sara Sandoval
César Roulet	Claudia Barrientos
Rudy Excaragná	José Carranza
Demetrio López	David Bátres
Mario Medina	Fredy Hernández
Patricia Campbell	Mario de León
Leonel Sinaí	Juan Rodríguez
Mario Illescas	Wagner Monterroso
Carlos Mogollón	Luis Carlos Herrera

Previo a la Fase de Desmovilización fue necesario realizar un taller para dar a conocer e informar sobre la homogenización del Plan de Diagnóstico y Atención de Salud, el cual tenía como objetivos

1. Orientar sobre el Plan de Atención Integral, formas de ejecución, normas de atención, procedimientos de referencia y funcionamiento de salud dentro del campamento.
2. Orientar sobre las funciones del Equipo de Salud Interno, de la Comisión Local de Salud, del equipo coordinador, y del equipo de apoyo.
3. Orientar sobre los programas de vigilancia epidemiológica y saneamiento ambiental, de atención médica, salud bucal y salud mental.
4. Orientar sobre los talleres de salud mental.
5. Acercamiento inicial entre las partes. (31)

Durante la fase de desmovilización se tuvo contemplada la atención integral de salud a los combatientes y militantes concentrados en los diferentes campamentos de desmovilización. El Plan de Diagnóstico y Atención Integral de Salud contempla los programas de:

- 1 **Vigilancia Epidemiológica y Saneamiento Ambiental:**
 - Vacunación (Sarampión y Tétanos)
 - Desparasitación (sistémicas y externas)
 - Administración de micronutrientes, vitamina A, hierro, ácido fólico.
 - Control de calidad de agua (medición de cloro residual).
 - Control de residuos líquidos y sólidos.
 - Control de vectores
 - Charlas educativas y promocionales a grupos.
2. **Programas de atención médica:**
 - Identificación, clasificación y procedimientos de referencia y prioridad de atención.
 - Diagnóstico individual, elaboración de ficha clínica.
 - Atención médica por demanda
 - Obtención de muestras de laboratorio (aspectos técnicos).
 - Orientación e intercambio de normas de atención sobre malaria, tuberculosis enfermedades parasitarias (sistémicas y externas).
 - Manejo biológico.
3. **Programa de Salud Mental:**
 - Talleres sobre salud mental.
 - Llenado de fichas de salud mental.
4. **Programas de salud bucal:**
 - Criterios de atención dental, clasificación y priorización de atención.
 - Examen odontológico y llenado de fichas.
 - Rotación de personal para procedimientos odontológicos, exodoncias, operatoria, tratamiento periodontal. (37)

Responsabilidades asumidas en el Plan por las diferentes instituciones participantes:

1. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-:**
 - Preparar, elaborar, supervisar, y evaluar el Plan de Salud.
 - Fortalecimiento de los servicios de salud.

- Coordinación de mecanismos de referencia.
 - Procesar muestras de laboratorio.
 - Facilitar y asegurar la cadena fría
 - Facilitar recurso humano e insumos para fumigar.
 - Asesorar al equipo coordinador y a la Comisión de Salud Local
 - Facilitar la cooperación de epidemiólogos.
 - Papelería para la administración de servicios ofrecidos.
2. **Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca -URNG-:**
- Preparar, elaborar, supervisar y evaluar el plan de salud.
 - Conducir al nivel del equipo de salud interno la planificación, ejecución, y evaluación de las acciones de todos los programas del plan.
 - Dar atención médica directa.
 - Dar seguimiento, control de calidad, mantenimiento a la red de abastecimiento de agua y al tratamiento de residuos.
 - Facilitar la coordinación de las instituciones a nivel local.
 - Desarrollar el componente de salud mental.
3. **Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología -USAC-FO-:**
- Preparar, elaborar, supervisar y evaluar el plan de salud bucal.
 - Proporcionar 39 estudiantes del 5to. año de la Facultad de Odontología para la atención bucal.
 - Aportar la mayor parte de equipo e instrumental odontológico para el trabajo.
 - Supervisión de actividades de salud bucal.
4. **Médicos del Mundo España -MDM-E-:**
- Preparar, elaborar, supervisar y evaluar el plan de salud
 - Participar en la ejecución del plan.
 - Corresponsable a nivel del equipo de salud interno en la planificación, ejecución y evaluación del Programa de Atención Médica.
 - Administrar los recursos financieros de la Unión Europea, para la compra y abastecimiento de los insumos de la atención integral en salud de los campamentos.

- Movilización del personal de salud y enfermos para referencias médicas.
5. **Médicos sin Fronteras Francia - MSF-F-:**
 - Construir la red de abastecimiento de agua y dar seguimiento a su control, calidad y mantenimiento, así mismo lo relacionado con el tratamiento de residuos.
 - Capacitar al personal de mantenimiento de la red de abastecimiento de agua.
 - Supervisar los campamentos para garantizar las medidas de saneamiento ambiental.
 6. **Universidad Misionera del Pobre -UMP-**
 - Instalar, reparar y mantener el equipo odontológico en cada campamento.
 - Participar en las actividades de salud bucal y dos técnicos flotantes por cada campamento.
 - Suministrar compresores para el equipo odontológico.
 7. **Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud-OPS/OMS-:**
 - Dirección técnica de las diferentes etapas del proceso
 - Preparar, elaborar, supervisar y evaluar el plan de salud
 - Asesorar al equipo coordinador y a la comisión de salud local.
 - Administrar los recursos financieros de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos -USAID para el fortalecimiento de la red de servicios de referencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia -MSPAS-. (31)

Descripción del Campamento

Campamento Sacol, Nuevo Chahal, Alta Verapaz

- Datos Generales:
- Nombre: Finca Sacol
- Situación: 15 52 60 N-89 24 930 W/EN 4256.
- Frente de concentración: FAR, Regional Norte, Capitán Hernández, Frente Lucio Ramírez y Frente Panzós Heróico.
- Número de combatientes: 656
 - 90 niños
 - 95 mujeres
 - 471 hombres

- Características:

Descripción topográfica del área en general: Irregular, zona con terreno quebrado con cerros.

- Descripción topográfica del punto.

- Terreno abrupto, selva con pequeños potreros
- Algunas explanadas en el campamento y en el casco de la finca (2 Kilómetros)
- No se observa el campamento desde la carretera o del casco de la finca.
- Dispuso de un helipuerto improvisado por la propia guerrilla.
- Hubo una pista de aterrizaje a 600 metros.
- Clima: cálido con precipitaciones fuertes.
- Vegetación: selva ecuatorial, con árboles de distintos tipos.
- Ríos: "Gracias a Dios" caudaloso a 2 km. del punto, de 30m. de ancho.
- De la finca al campamento hubo que cruzar el río con un lanchón el cual pudo transportar vehículos o equipo pesado.
- Tomas de agua: Existe una toma natural, o nacimiento con agua limpia que se usó para dotar a los excombatientes de la misma.
- Energía Eléctrica: no hubieron tomas eléctricas en las cercanías del punto, por lo que se utilizaron placas solares.
- Las poblaciones cercanas: Río dulce a 40 Km, Modesto Méndez a 23 Km.
- Características de la guerrilla concentrada: El 90% de la guerrilla no hablaba español sólo Kekchí, un 90% eran analfabetas.
- Material del que estuvo construido el campamento: cabañas construidas con troncos y el techo de palma, las paredes eran de plástico para ser colocadas de noche. Las instalaciones de la clínica médica y odontológica eran de madera, techo de palma, con piso de cemento.
- Alimentación: esencialmente fue a base de frijol, arroz, café y tamales de masa de maíz.

El campamento estuvo constituido por 5 compañías cada una con un Capitán, las cuales eran dirigidas por el comandante de cada campamento. Fuera del campamento a 2 Km se encontró el Campamento de MINUGUA. (21,31)

CONFORMACION DEL EQUIPO DE SALUD INTERNO -E.S.I.-

- 6 odontólogas practicantes de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología - USAC- FO - .
- 1 promotor de salud de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca - URNG-.
- 1 promotor dental de la Universidad Misionera del Pobre -UMP-.
- 1 representante de Médicos del Mundo España -MDM-E-.
- 1 representante de Médicos sin Fronteras Francia -MSF-F-.
- 1 representante de la comandancia de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca -URNG-.
- Representantes de MINUGUA.

ASPECTOS BIOLÓGICOS Y DISCIPLINAS DE LA ODONTOLOGÍA QUE ABARCA LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

PERIODONCIA: Se refiere a la prevención y tratamiento de la enfermedad periodontaria, trata los tejidos blandos que rodean al diente, encía libre, adherida, ligamento periodontal, hueso y cemento. (10,11)

La enfermedad periodontal, incluye todas las enfermedades del periodonto existiendo diferentes tipos, considerando los cambios patológicos como inflamatorios, degenerativos o neoplásicos. (5)

PERIODONTITIS: Enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte, caracterizada por reabsorción de la cresta interdental y bolsas periodontales (11). Es el tipo de enfermedad más frecuente y resulta de la extensión del proceso inflamatorio iniciando en la encía hacia los tejidos periodontales de soporte. La siguiente clasificación incluye todas las formas de enfermedad periodontal destructiva crónica.

1. Periodontitis marginal; en la cual la destrucción de los tejidos periodontales, inflamación, formación de bolsas y pérdida ósea es causada por la placa bacteriana.
2. Periodontitis juvenil; que constituye un grupo especial de lesiones avanzadas en adolescentes y adultos jóvenes la cual se divide en generalizada vinculada con enfermedades sistémicas y localizada que se caracteriza por lesiones angulares profundas en primeros molares e incisivos en adolescentes saludables.
3. Periodontitis ulcerosa necrosante, por lo general es una secuela destructiva avanzada de la gingivitis ulcero necrosante aguda. (5)

GINGIVITIS: La gingivitis (inflamación de la encía) es la forma más frecuente de enfermedad gingival. En todas sus formas está presente la inflamación porque la placa bacteriana que la produce y los factores irritantes que favorecen su acumulación, suelen presentarse en el medio gingival. (5)

La secuencia de los hechos en el desarrollo de la gingivitis se analiza en tres diferentes etapas:

- Etapa I: clínicamente la reacción inicial de la encía a la placa bacteriana no es evidente. Esta reacción vascular es en esencia la dilatación de capilares e incremento del flujo sanguíneo.
- Etapa II: conforme pasa el tiempo, aparecen signos clínicos de eritema, también puede presentarse hemorragia durante el sondeo.
- Etapa III: en ésta, los vasos sanguíneos se obstruyen y congestionan, el resultado es anoxemia gingival localizada, la cual superpone un matiz azulado en la encía enrojecida.

El tipo más frecuente de enfermedad gingival es la afección inflamatoria simple que provoca la placa bacteriana al adherirse a la superficie del diente. Este tipo de gingivitis es denominada gingivitis marginal crónica o simple.

Entre otros tipos de enfermedad gingival están:

1. Gingivitis ulcerosa necrosante aguda
2. Gingivoestomatitis herpética aguda
3. Gingivitis alérgica
4. Muchas dermatosis inducen tipos característicos de enfermedad gingival
5. Gingivitis condicionada por factores sistémicos
6. La reacción gingival a una variedad de agentes patológicos produciendo agrandamiento
7. En la encía pueden aparecer distintos tumores benignos y malignos. (5)

OPERATORIA DENTAL: Parte de la Odontología que estudia todos los procedimientos manuales destinados a evitar y curar la enfermedad de los dientes (caries dental) reparando la destrucción causada por la misma. El término operatoria dental comprende la profilaxis de la caries, obturación y restauración de las piezas dentales afectadas. (3,29)

CARIES DENTAL: Es una degeneración progresiva y localizada de los dientes, que se inicia por desmineralización superficial de los tejidos duros debido a los ácidos orgánicos, como el ácido láctico elaborado por los microorganismos de la placa bacteriana entre los que están: micoplasma, levaduras, protozoarios, virus en diferentes proporciones, estreptococo mutans, colonias cocos, s. sanguis, especies de lactobacillus, actinomyces viscosus, streptococcus salivarius, actinomyces naeslundii, bacteroides y espiroquetas. (10,33)

PROTESIS TOTAL: Rama de la prótesis que reemplaza la pérdida total de los dientes naturales en ambas arcadas o solamente en una. (10,30)

Están indicadas:

- cuando existen maxilares sanos, relaciones intermaxilares normales.
- estado general satisfactorio.
- cuando por medio de cirugía se puede llegar a obtener un reborde adecuado.
- ausencia de estomatitis u otras patologías agudas o crónicas. (30)

PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE: Es la rama de la prótesis dental que se dedica al reemplazo de los dientes perdidos y de los tejidos que lo rodean a través de la utilización de piezas y tejidos presentes, mediante la planeación, diseño y construcción de prótesis que serán removidas por el paciente, contribuyendo de esta manera al confort y estética de la persona, siendo sus indicaciones: la longitud del espacio edéntulo que contraíndique el uso de prótesis fija, ausencia de dientes posteriores al espacio edéntulo, soporte periodontal disminuido en los dientes remanentes, necesidad de estabilización del arco cruzado para contrarrestar las fuerzas laterales y antero posteriores, pérdida excesiva del hueso del reborde residual usando una base de dentadura con una parcial removible para devolver la parte perdida del reborde residual; necesidad de reemplazar los dientes inmediatamente después de su extracción. (19,35,36)

PROTESIS FIJA: Es la prótesis que reemplaza los dientes en una arcada parcialmente desdentada, la cual puede constar de una, dos o más piezas, con una unión rígida, intermedia, o una sola pieza, la cual no puede ser retirada de la boca. Este tratamiento está indicado, cuando las piezas periodontalmente están sanas, si los retenedores están bien diseñados y si el espacio edéntulo es corto y recto. (4,26,34)

EXTRACCION DENTARIA: Es sacar un diente o una muela de su lugar o alveolo. (10) Se extraen las piezas que presenten destrucción dentaria profunda y/o destrucción de dos o más superficies dentales, con dolor agudo y movilidad, restos radiculares con o sin sintomatología, piezas dentales incluídas o supernumerarias, en condiciones periodontales agudas o crónicas las cuales no pueden ser tratadas periodontalmente, traumatismo y proceso patológico. (10,40)

PREVENCION Y EDUCACION EN SALUD BUCAL : La prevención en odontología se divide en cinco niveles:

Primer Nivel: PROMOCION DE LA SALUD. Este nivel es inespecífico es decir, no está dirigido hacia la prevención de ninguna enfermedad en particular y comprende todas las medidas encaminadas a mejorar la salud general del individuo. Ejemplos de estas medidas son una nutrición óptima, vivienda saludable, condiciones adecuadas de trabajo, descanso y entretenimiento (vacaciones), entre otras.

- Segundo Nivel: PROTECCION ESPECIFICA. Consiste en una serie de medidas para la prevención de la aparición, o recurrencia, de una enfermedad en particular. Entre otros ejemplos se pueden mencionar las vacunas, la fluoruración de las aguas y aplicación tópica de fluoruros para la prevención de la caries dental, el control de placa para la prevención de la caries y enfermedad periodontal, etc. El primero y segundo niveles constituyen la prevención primaria.

- Tercer Nivel: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTOS PRECOCES: Este nivel comprende la denominada prevención secundaria , y , como su nombre lo indica, está compuesto por medidas destinadas a poner la enfermedad en evidencia y tratarla en las primeras etapas del período clínico. Como ejemplo de este nivel en odontología podemos citar las radiografías dentales interproximales, así como el tratamiento operatorio de lesiones cariosas incipientes.

- Cuarto Nivel: LIMITACION DE LA INCAPACIDAD: Este nivel incluye medidas que tienen como fin limitar el grado de incapacidad producido por la enfermedad. Las protecciones pulpares, así como otros procedimientos endodónticos, extracción de dientes infectados, etc., son ejemplos odontológicos del cuarto nivel de prevención. Dichos procedimientos mejoran efectivamente la capacidad del individuo para usar el remanente de su aparato masticatorio.

- Quinto Nivel: REHABILITACION. (tanto física como psicosocial). Medidas como la colocación de puentes y coronas, dentaduras parciales o completas, rehabilitación bucal, etc., pertenecen al quinto nivel.

Los niveles cuarto y quinto constituyen la prevención terciaria. (18).

METODOLOGIA

PRIMERA PARTE:

Definición de la población de estudio y descripción del instrumento para recolección de datos.

POBLACION:

El estudio se realizó con parte de la población de excombatientes de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG) en el Campamento Teniente Bolívar, Finca Sacol, Nuevo Chahal, Alta Verapaz. Esta corresponde a 152 pacientes que comprenden un 15.4 % de la población total del campamento.

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS:

Se utilizó una ficha clínica diseñada especialmente para este fin, conteniendo cada una de las variables en estudio. Esta ficha contiene:

DATOS GENERALES: los cuales fueron obtenidos interrogando al paciente sobre nombre, edad, sexo, escolaridad, etc.

HISTORIA MEDICA ANTERIOR: en ella se hizo la anotación de los problemas médicos que el paciente ha padecido, determinando aquellos que puedan requerir cuidados especiales durante el tratamiento odontológico.

HISTORIA ODONTOLOGICA ANTERIOR: en ella se anotaron los problemas dentales que el paciente ha sufrido, si ha tenido visitas previas al dentista. etc.

DIAGNOSTICO: Toda alteración del patrón normal que constituye un hallazgo clínico fue anotada aquí, basado en la inspección; palpación, sondeo periodontal e interrogación al paciente. Un odontograma donde se realizó la anotación gráfica de los hallazgos clínicos encontrados en el proceso del examen bucal, señalando la localización específica de los hallazgos. Incluye un plan de tratamiento en donde se hizo un listado de los tratamientos requeridos por el paciente en el campo odontológico en el orden de prioridad presente.

Parámetros para la realización del diagnóstico:

1.- Periodoncia

Índice Comunitario de Necesidades de Tratamiento Periodontal (I.C.N.T.P): Es un método internacional simple y rápido para evaluar las necesidades de tratamiento periodontal de una población.

Se puede hacer el registro de los códigos ICNIP en apenas 1-3 minutos, con lo cual el método es práctico para:

- a) La determinación preliminar de la necesidad de tratamiento periodontal durante la descripción inicial del estado de salud bucal de un paciente nuevo.
- b) Después del tratamiento periodontal vuelve a ser útil para vigilar el mantenimiento de la salud bucal.

La necesidad de tratamiento periodontal se calcula tomando en cuenta sólo los datos mayores de cada sextante como una unidad básica de examen por lo que se otorgará un registro por sextante.

Para que el sextante participe en el registro debe contener por lo menos dos dientes funcionales; si existe sólo un diente remanente, los datos de éste se incluirán en el registro del sextante adyacente.

En el caso de que exista pérdida generalizada de la inserción dentaria el registro por sextantes debe ser establecido después del examen de los primeros y segundos molares en el sector posterior y en un central en el sector anterior. Esta selección de diez dientes índices, es la recomendable para las encuestas epidemiológicas:

OMS	1983	ICNIP
Alternativa I Epidemiológica		
1.7, 1.6,	1.1	2.6, 2.7
4.7, 4.6,	3.1	3.6, 3.7

Debe considerarse que en personas jóvenes, esta alternativa de registro puede subestimar los resultados obtenidos sobre las necesidades de tratamiento periodontal, dicho efecto ha creado la necesidad de una segunda alternativa. En países occidentales industrializados puede observarse en pacientes adultos una destrucción periodontal avanzada en uno o pocos puntos. Para asegurarse que todos los sujetos con necesidades de tratamiento de la periodontitis avanzada sean identificados, se recomienda el examen de todos los dientes de cada sextante:

OMS	1983	ICNIP
Alternativa II Tratamiento		
1.7, 1.4	1.3, 2.3	2.4, 2.7
4.7, 4.4	4.3, 3.3	3.4, 3.7

Es bastante común encontrar en jóvenes de menos de 20 años de los países industrializados, una pérdida de inserción en torno de otros dientes cuando no están afectados los primeros molares, o los incisivos, o todos ellos. Para determinar la necesidad de tratamiento periodontal en esos

adolescentes, y adultos jóvenes, se recomienda restringir el examen a los seis dientes índices, los segundos molares incluidos en la alternativa epidemiológica quedan descartados por su tendencia a dar falsos positivos en cuanto a bolsas profundas durante la etapa eruptiva. También pueden observarse bolsas falsas en adultos, por ejemplo: Entre cara distal de la segunda molar y una almohadilla retromolar hiperplásica.

OMS	1983	ICNIP
Alternativa II Jóvenes		
1.6	1.1	2.6
4.6	3.1	3.6

La OMS para simplificar el examen ICNIP creó una sonda periodontal especial. Esta sonda tiene una punta esférica de 0.5 mm. de diámetro. Este índice incluye la presencia o ausencia de hemorragia gingival a sondeo suave; la presencia o ausencia de cálculos supragingivales o subgingivales, y la presencia o ausencia de bolsas periodontales, subdivididas en poco profundas y profundas. Una sonda periodontal especial con un extremo esférico de 0.5 mm de diámetro y graduaciones que corresponden a bolsas poco profundas y profundas se desarrolló para sondear la hemorragia, los cálculos y determinar la profundidad de la bolsa. En exámenes epidemiológicos, diez dientes indicadores se examinan, pero sólo se anota el peor diente por sextantes. Cada segmento o sextante de dientes se clasifica de acuerdo con uno de los tratamientos necesarios, ejemplo:

ESTADO PERIODONTAL

- 0= Periodonto sano
- 1= Se observa hemorragia, directamente o con un espejo bucal, después de una palpación.
- 2= Se sienten cálculos durante el sondeo, pero el área negra (parte de la sonda entre 3.5 y 5.5 mm) total de la sonda es visible.
- 3= Bolsas de cuatro a cinco mm. (el margen gingival se sitúa en el área negra de la sonda).

NECESIDADES DE TRATAMIENTO

- 0= No se necesita tratamiento.
- 1= La higiene bucal necesita mejorarse
- 2= El 1 + el raspado profesional
- 3= El 1 + el raspado profesional

4= Bolsas mayores de 6 mm. (El área negra de la sonda no es visible).

4= El 1 + 2 + tratamiento complejo (puede requerir raspado y alisado radicular bajo anestesia local, con o sin exposición quirúrgica para el acceso.

La cual tiene por objeto:

- Facilitar el hallazgo del tártaro (cálculo).
- Reducir el riesgo de exagerar la medida de la profundidad de la bolsa.
- La fuerza ejercida al sondear no debe excederse de 20-25 gr. La porción codificada por color se extiende desde los de los 3.5 a 5.5 mm.

Los resultados obtenidos se clasifican por códigos de la siguiente manera:

CODIGO I:

Es un sextante en el cual no existen bolsas, ni tártaro, ni obturaciones desbordantes, pero sangra después de un sondeo suave de la encía o más bolsas. Un puntaje máximo de 1 indica que el paciente sólo necesita instrucciones para una mejor higiene bucal.

CODIGO II:

Indica un sextante en el que ningún sondeo excede a los 3 mm de profundidad (la zona de color permanece por completo visible), pero se ven o reconocen por debajo del margen gingival, retenciones de cálculos o placa. La necesidad de tratamiento indica tartrectomía y mejor higiene bucal.

CODIGO III:

Se asigna a un sextante cuando la zona codificada por color de la sonda, permanece parcialmente visible cuando se inserta en una bolsa profunda. La profundidad de la bolsa estará entre los 4 o 5 mm y el tratamiento del sextante puede ser la tartrectomía e higiene dental adecuada.

CODIGO IV:

Se asigna a un sextante cuando uno o más dientes de la zona codificada por color de la sonda desaparece de la bolsa inflamada, lo cual indica una bolsa de 6 mm de profundidad. Ese sextante requiere de un tratamiento complejo, es decir tartrectomía profunda, curetado o la intervención quirúrgica. En la mayoría de los casos, se referirá al paciente para su tratamiento a un especialista en periodoncia.

Para la presente encuesta epidemiológica se examinaron 12 piezas

2,4	6,8	12,14
30,28	23,22	20,18

Se utilizó el código numérico anteriormente descrito.

2.- Caries:

Se diagnosticó por examen clínico, verificando con el explorador la presencia de cavidad, irregularidad del esmalte y cambio de coloración, clasificándolas en: clase I, clase II (en este caso se verificó por ausencia de la pieza vecina o al momento de preparar una cavidad clase D); clase III, clase IV.

3.- Exodoncia:

Se tomó en cuenta la destrucción dentaria profunda, destrucción de 2 o más superficies dentales, movilidad excesiva, restos radiculares, traumatismos.

4.- Prótesis

Prótesis fija: se observaron las arcadas parcialmente desdentadas, de una o más piezas, con una unión rígida intermedia. Indicada en piezas sanas periodontalmente, espacios edéntulos unilaterales cortos y rectos.

Prótesis Removible: cuando el espacio desdentado no se encuentre limitado en ambos extremos por dientes, espacios largos, pilares deficientes.

Prótesis Total: cuando una o ambas arcadas se encuentren totalmente desdentadas.

CRITERIOS DEL PLAN DE TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES BUCALES PARA LA POBLACION META ESTABLECIDOS POR LA URNG

Se clasificarón los pacientes según la severidad del dolor dental, destrucción severa de tejidos duros o severa inflamación gingival según códigos así:

CODIGO ROJO: caso urgente de tratamiento inmediato

CODIGO AMARILLO: caso con algunas urgencias de tratamiento

CODIGO VERDE: con patología a tratar en etapa posterior

CODIGO BLANCO: piezas sin caries ni patología de tejidos blandos

1.- Para identificar las piezas a ser obturadas se priorizaron un promedio de cinco piezas por persona de acuerdo a:

- las primeras o segundas molares permanentes superiores e inferiores y piezas anteriores superiores con dolor leve, moderado o severo.

- caries y/o fractura dentaria con extensión de 2 o más superficies sin afección pulpar.

2.- Para identificar las piezas de exodoncia se priorizaron un promedio de tres piezas por persona de acuerdo a:

- piezas que presenten destrucción dentaria profunda y/o destrucción de dos o más superficies, abscesos dentarios, dolor agudo o movilidad.

- restos radiculares con o sin sintomatología.

3.- Priorización de los tratamientos periodontales de acuerdo a:

- pacientes que presenten inflamación, presencia de cálculos y sangrado. (37)

SEGUNDA PARTE:**INFORME DEL TRABAJO REALIZADO EN LA ATENCION DE SALUD BUCAL EN LA FASE DE DESMOVILIZACION CAMPAMENTO TENIENTE BOLIVAR, FINCA SACOL, NUEVO CHAHAL, ALTA VERAPAZ**

La organización del trabajo en salud bucal se llevó a cabo teniendo como base una calendarización rotativa por semana, con el fin del lograr eficaz rendimiento en menor tiempo, en el cual todos los integrantes participaron con las mismas obligaciones.

A continuación se presenta el cuadro de la 1ra. semana de actividades clínicas como ejemplo de la forma en la que se distribuyó el trabajo:

SEMANA No. 1						
OP	L	M	M	J	V	S
1	Perlo	Perlo	Dis 1	Cav	Cav	Exo
2	Perlo	Dis 1	Cav	Cav	Exo	Dis 2
3	Dis 1	Cav	Cav	Exo	Dis 2	Obt
4	Cav	Cav	Exo	Dis 2	Obt	Perlo
5	Cav	Exo	Dis 2	Obt	Perlo	Perlo
6	Exo	Dis 2	Obt	Perlo	Perlo	Dis 1
PROMOTOR DENTAL	Dis 2	Obt	Perlo	Perlo	Dis 1	Cav
PROMOTOR EN SALUD	Obt	Perlo	Perlo	Dis 1	Cav	Cav

Las áreas incluyeron:

- Exodoncias: las cuales se realizaron las del día.
- Operatoria: se realizaron cavidades y obturaciones.
- Periodoncia: se realizaron tratamientos periodontales, profilaxis y aplicación tópica de flúor.
- Dispensario 1: preparó materiales y limpió el área de trabajo.
- Dispensario 2: fue asistente de todos los operadores; lavó el instrumental, llamó y ordenó a los pacientes.

El horario de trabajo fue de lunes a sábado de 8:30 a 12:00 y de 14:00 a 18:00 horas.

EJECUCION:

El trabajo de salud oral se realizó en Nuevo Chahal Alta Verapaz, Finca Sacol, Campamento Teniente Bolívar.

Los pacientes fueron combatientes y militares de la URNG concentrados en dicho campamento durante la fase de desmovilización distribuidos en 5 compañías .

CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS Y METAS DE SALUD BUCAL

Se llevó a cabo:

1.- La atención dental, se inició con la realización del examen odontológico, llenado de la ficha clínica, clasificación y priorización de la atención de cada una de las compañías.

COMPANÍA	FECHA	Nº DE EXCOMBATIENTES
COMP. 1	6-3-97	124 PACIENTES
COMP. 2	7-3-97	137 PACIENTES
COMP. 3	8-3-97	116 PACIENTES
COMP. 4	15-4-97	92 PACIENTES
COMP. 5	15-4-97	123 PACIENTES

- 2.- Calendarización rotativa por semanas.
- 3.- Eliminación de focos sépticos realizando tratamientos periodontales y exodoncias.
- 4.- Atención al mayor porcentaje de pacientes clasificados con código rojo, los cuales son casos de tratamientos inmediatos.
- 5.- Eliminación de caries y obturaciones dentales
- 6.- Reuniones con el resto del equipo de salud interno (E.S.I.) logrando intercambiar dudas, recomendaciones y evaluación del trabajo realizado cada día.
Como integrantes del ESI se participó en jornadas de administración de vitamina A; Cloroquina para la prevención del paludismo, vacunación contra el tétano, prueba de grupo sanguíneo y factor RH.
- 7.- Integración y convivencia en las actividades del campamento.

FUNCIONAMIENTO DE LA CLINICA

INFRAESTRUCTURA Y SUMNISTROS:

El local de la clínica fue adecuado, contó con dos ambientes, en el primero estuvieron ubicadas cuatro unidades dentales y el dispensario, en el segundo, un sillón dental con su lámpara; una que sirvió para realizar tratamientos periodontales, y una silla dental modificada de madera rústica propiedad de la URNG, en la cual se realizaron las exodoncias, también se encontró la bodega del material dental, estantería de madera, archivos de fichas, y el área para sesionar.

Cada ambiente contó con una pequeña área en donde se colocaron sillas para los pacientes que esperaban ser atendidos. Al inicio la ventilación fue inadecuada y no hubo comunicación entre los dos ambientes, por lo que se realizaron los arreglos necesarios.

La iluminación se obtuvo de una planta eléctrica de gasolina para las lámparas dentales y de una placa para recolectar energía solar y convertirla en energía eléctrica para ambas clínicas.

Al inicio del trabajo se contó con un compresor de gasolina de 5 caballos de fuerza el cual dejó de funcionar el 2 de abril, luego el 7 de abril fue proporcionado un compresor eléctrico de 1 caballo de fuerza, con el cual funcionaron 2-3 unidades sin eyector, el cual dejó de funcionar el 10 de abril.-

El 15 de abril fue proporcionado un tercer compresor de 3 caballos de fuerza eléctrico, con el que se culminó el trabajo restante.

SITUACION ENCONTRADA EN LA SALUD BUCAL DE LOS EXCOMBATIENTES

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD:

1. falta de educación sobre higiene bucal;
2. falta de recursos económicos para obtener material para higiene bucal;
3. falta de atención periódica, ya que a la mayoría se le atendió por primera vez;
4. descuido de la salud bucal de los excombatientes debido a la labor que realizaban.

VARIABLES

DEFINICION DE VARIABLES:

1. SEXO: Condición psico-biológica que distingue varón de hembra (hombre - mujer)
2. EDAD: Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha actual.
3. DIAGNOSTICO: Identificación de una enfermedad o fenómeno mediante la evaluación científica de sus signos físicos, sus síntomas, su historia clínica, los resultados de pruebas analíticas y otros procedimientos.
4. ETNIA: Agrupación natural de individuos de igual cultura que admite grupos raciales y organizaciones sociales varias. (8)

INDICADORES DE LAS VARIABLES

1. SEXO: Por observación, en base a las características físicas generales de cada sexo, diferenciándolas entre masculino y femenino.
2. EDAD: Se anota lo que el entrevistado refiere en años cumplidos hasta la fecha actual.
3. DIAGNOSTICO: Toda alteración del patrón normal que constituya un hallazgo clínico es anotada aquí, basado en la inspección, palpación y sondeo periodontal, determinando así, la presencia de caries dental, enfermedad periodontal, necesidad de realizar extracción y presencia de espacios edéntulos, determinando así la restauración o el tipo de prótesis a usar (prótesis fija, prótesis total y prótesis removible), clasificando a los pacientes según variedad de dolor dental e inflamación gingival, en código rojo, amarillo, verde y blanco.
4. ETNIA: Se clasifica a los pacientes como: indígenas y ladinos, de acuerdo al grupo étnico al que pertenecen.

RECURSOS HUMANOS

1. 6 odontólogos practicantes de la USAC:
 - del último año de la carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología (FO) de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC)
2. - 1 promotor de salud de la URNG
3. - 1 promotor dental de la Universidad Misionera de los Pobres (UMP)

RECURSOS MATERIALES

1. - Materiales y Medicamentos:
 - Anestesia Lidocaina al 2 % 1:100,000
 - Amalgama Dispersalloy
 - Agujas Monoject, No. 27
 - Mercurio tridestilado Inpromas
 - Guantes de látex S.S White
 - Resina autopolimerizable Concise 3M
 - Hidróxido de Calcio Dycel, Kit
 - Cuñas de madera Wykla
 - Bandas de celulósido
 - Eugenol Sulfán
 - Oxido de zinc Moyco
 - Temrex polvo y líquido
 - Matriz de metal Arnel
 - Fresas de diamante Diatech
 - Fresa de carburo baja velocidad S. S. White
 - Fresas pulidoras Emile-Lenge
 - Germicida en solución Banicida
 - Ionómero de Vidrio Fuji, Kit
 - Acetaminofén

2. - Equipo
- 6 lámparas de mesa;
 - 4 unidades dentales;
 - 2 sillones dentales (Instrumental rotatorio de mano proporcionado por las odontólogas practicantes de la USAC);
 - sillones dentales, material dental, instalación de unidades dentales, compresor (proporcionados por la Universidad Misionera de los Pobres);
- 1 amalgamador, una silla modificada de madera, 3 mesas plásticas proporcionadas por la URNG.
- 6 botes de basura
 - 6 bandejas
 - 5 mesas de madera (proporcionadas por la URNG y Médicos del Mundo España).

CRONOGRAMA

4-3-97	LLEGADA AL CAMPAMENTO
5-3-97	INSTALACION DE LA CLINICA
5-3-97	DIAGNOSTICO DE COMPAÑIAS N° 2, 3 Y N° 1
17 AL 20-3-97	TRABAJO NORMAL
21-3-97	SE SUSPENDIO LA ACTIVIDAD (FALTA DE GASOLINA)
22 AL 24-3-97	TRABAJO NORMAL
25-27-3-97	SE TRABAJO SOLO MEDIO DIA (FALTA DE AGUA)
28 AL 29-3-97	DESCANSO DE SEMANA SANTA EN EL CAMPAMENTO
31-3-97	TRABAJO NORMAL
1-4-97	TRABAJO NORMAL
2 AL 3-4-97	SE ARRUIÑO EL COMPRESOR
3 Y 4-4-97	COLABORACION EN PRUEBA RH
4 Y 5-4-97	TALLER DE SALUD MENTAL
7 AL 9-4-97	TRABAJO NORMAL
10 AL 12-4-97	SE ARRUIÑO EL COMPRESOR
12-4-97	COLABORACION EN PRUEBA GRUPO RH
14-4-97	SE ARRUIÑO EL COMPRESOR
15-4-97	DIAGNOSTICO COMPAÑIAS 4 Y 5
16-4-97	PERIODONCIA Y EXODONCIA
17 AL 25-4-97	TRABAJO NORMAL
26-4-97	REALIZACION DE INVENTARIO

INTERPRETACION Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION POR RANGOS DE EDAD Y SEXO PARA TRATAMIENTO CLINICO EN 152 EXCOMBATIENTES DEL CAMPAMENTO TENIENTE BOLIVAR, FINCA SACOL, NUEVO CHAHAL, ALTA VERAPAZ EN 1997.

NUMERO DE PACIENTES EXAMINADOS

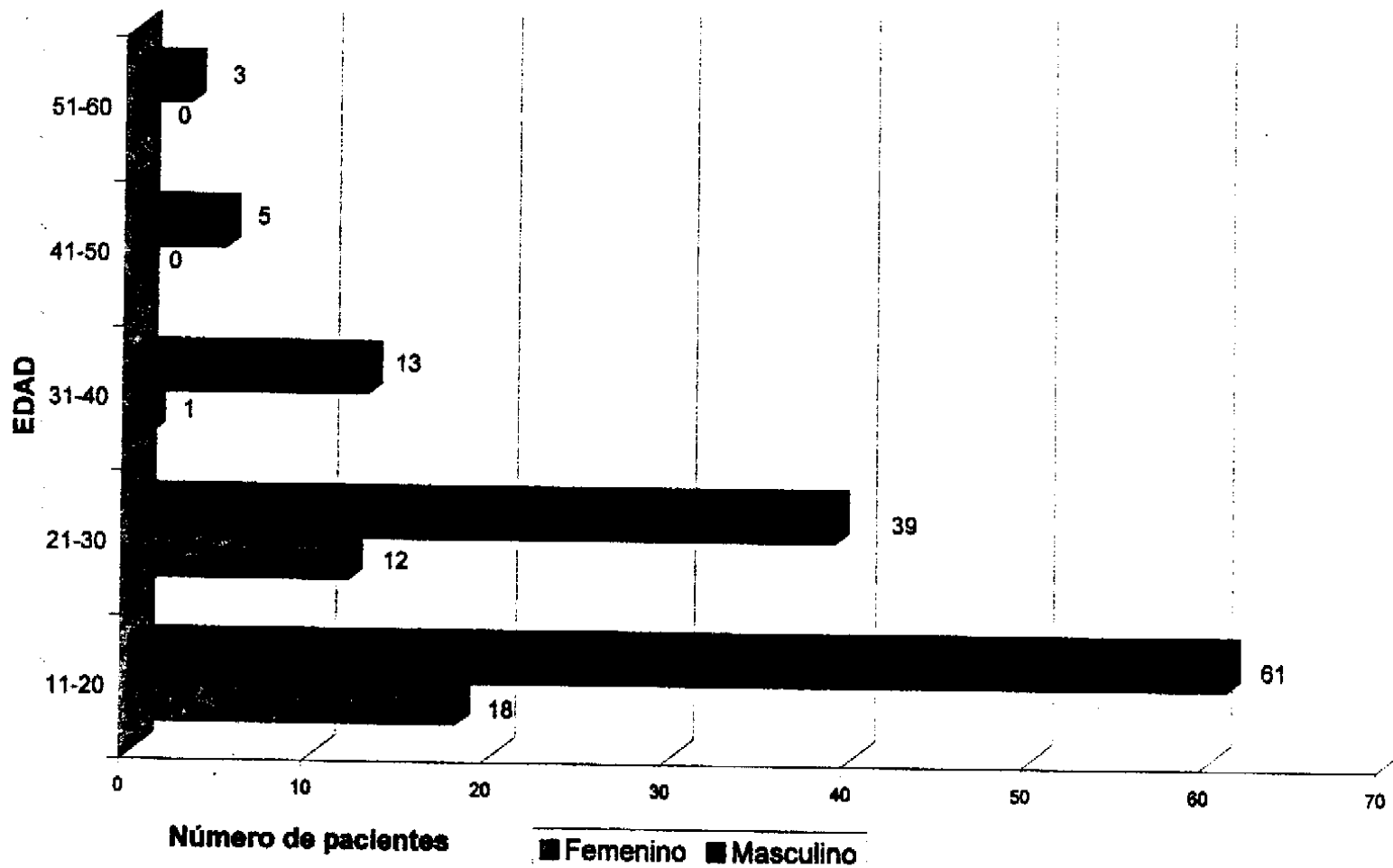
EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	PORCENTAJE
11 a 20	18	61	79	51.9
21 a 30	12	39	51	33.6
31 a 40	1	13	14	9.2
41 a 50	0	5	5	3.3
51 a 60	0	3	3	1.9
TOTAL	31	121	152	

Fuente: Ficha de evaluación diagnóstica para tratamientos dentales.

Interpretación: Del total de excombatientes que se sometieron al examen clínico para un diagnóstico de sus necesidades odontológicas, 31 son del sexo femenino y 121 del masculino. Se observa que el rango de edad más frecuente durante el diagnóstico; fue de 11 a 20 años y el de menor frecuencia fue el de 51 a 60 años, para ambos sexos. Por lo que se concluye que la población mayoritaria del campamento estuvo compuesta de adolescentes y adultos jóvenes.

GUATEMALA

GRAFICA No. 1
DISTRIBUCION POR RANGOS DE EDAD Y SEXO PARA TRATAMIENTO CLINICO EN 152
EXCOMBATIENTES DEL CAMPAMENTO, TENIENTE BOLIVAR, FINCA SACOL, NUEVO
CHAHAL, ALTA VERAPAZ, EN 1997



Interpretación: del total de excombatientes que se sometieron al examen clínico, para un diagnóstico de sus necesidades odontológicas se observa que el rango de edad más frecuente durante el diagnóstico, fue de 11-20 años y el de menor frecuencia fue el de 51-60 años para ambos sexos.

CUADRO N°2
DISTRIBUCION PARA TRATAMIENTO CLINICO SEGUN SEVERIDAD DE DOLOR DENTAL O SEVERA INFLAMACION GINGIVAL EN 152 EXCOMBATIENTES DEL CAMPAMENTO TENIENTE BOLIVAR, FINCA SACOL, NUEVA CHAHAL, ALTA VERAPAZ DURANTE 1997

CODIGO	PACIENTES	% DE PACIENTES
ROJO	99	65.1
AMARILLO	49	32.2
VERDE	2	1.3
BLANCO	2	1.3

Fuente: Ficha de evaluación diagnóstica para tratamientos dentales

Severidad de dolor dental o severa inflamación gingival, Según Códigos:

Rojos: caso urgente de tratamiento inmediato

Amarillo: caso con algunas urgencias de tratamiento

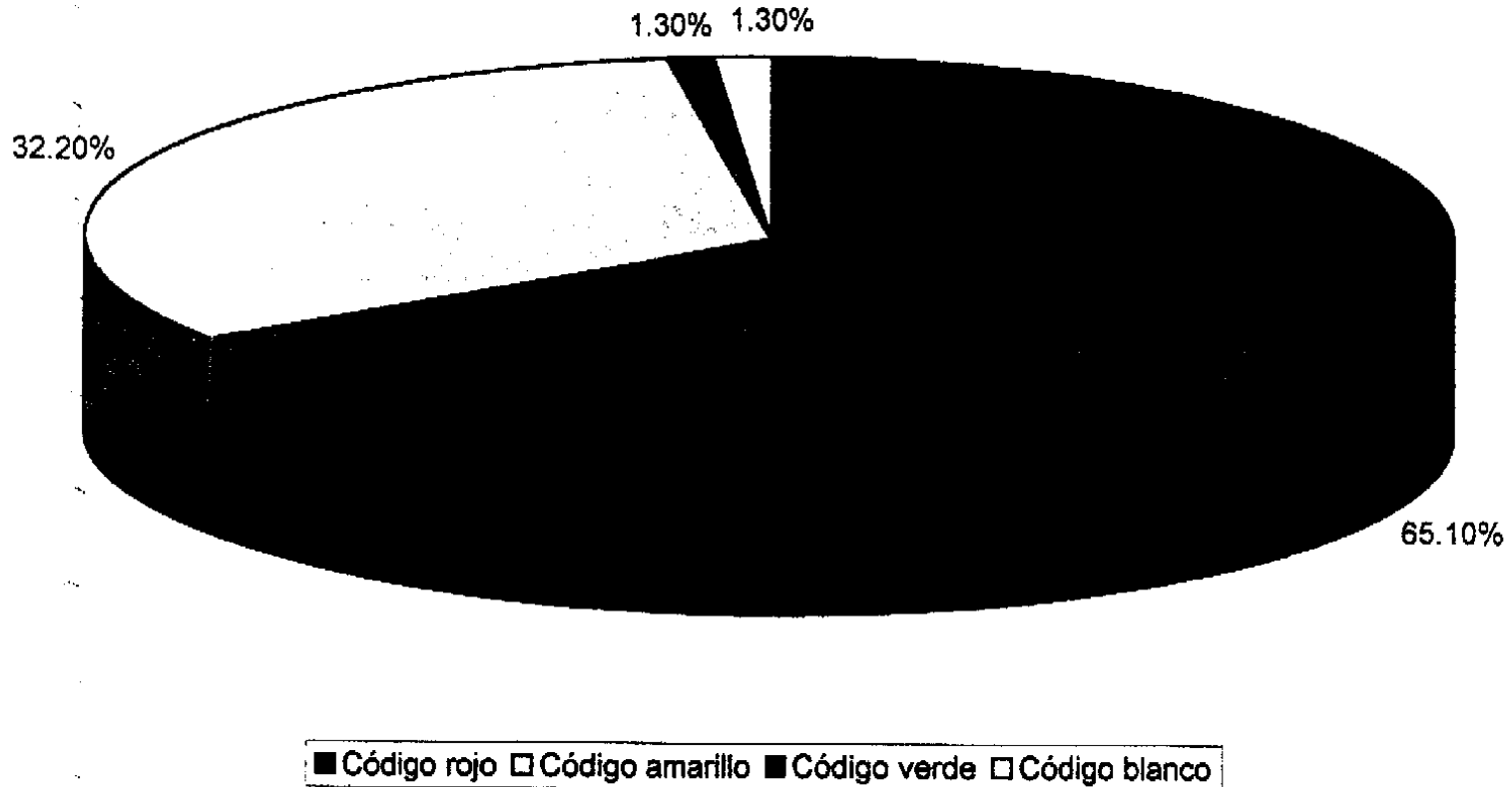
Verde: caso con patología a tratar en etapa posterior.

Blanco: piezas sin caries ni patología de tejidos blandos.

Interpretación:

Se observa que del total de excombatientes que se sometieron al examen clínico para el diagnóstico de sus necesidades odontológicas, el código rojo fue el más frecuente con 99 personas representando un 65.1% y los de menor frecuencia fueron el verde y el blanco con 2 personas cada uno representando un 1.3% respectivamente.

GRAFICA No.2
DISTRIBUCION SEGUN SEVERIDAD DEL DOLOR DENTAL O SEVERA INFLAMACION
GINGIVAL EN 152 EXCOMBATIENTES DEL CAMPAMENTO TENIENTE BOLIVAR, FINCA
SACOL, NUEVO CHAHAL, ALTA VERAPAZ, DURANTE 1997



Interpretación: se observa que del total de excombatientes que se sometieron al examen clínico para el diagnóstico de sus necesidades odontológicas, el código rojo fue el más frecuente con 99 personas representando un 65.1% y el de menor frecuencia fueron los códigos verde y blanco con 2 personas representando un 1.3%

CUADRO N°3
DISTRIBUCION DEL TRATAMIENTO CLINICO SEGUN SEVERIDAD DEL DOLOR DENTAL O SEVERA INFLAMACION GINGIVAL Y ETNIA EN 152 EXCOMBATIENTES DEL CAMPAMENTO TENIENTE BOLIVAR, FINCA SACOL, NUEVO CHAHAL, ALTA VERAPAZ EN 1997

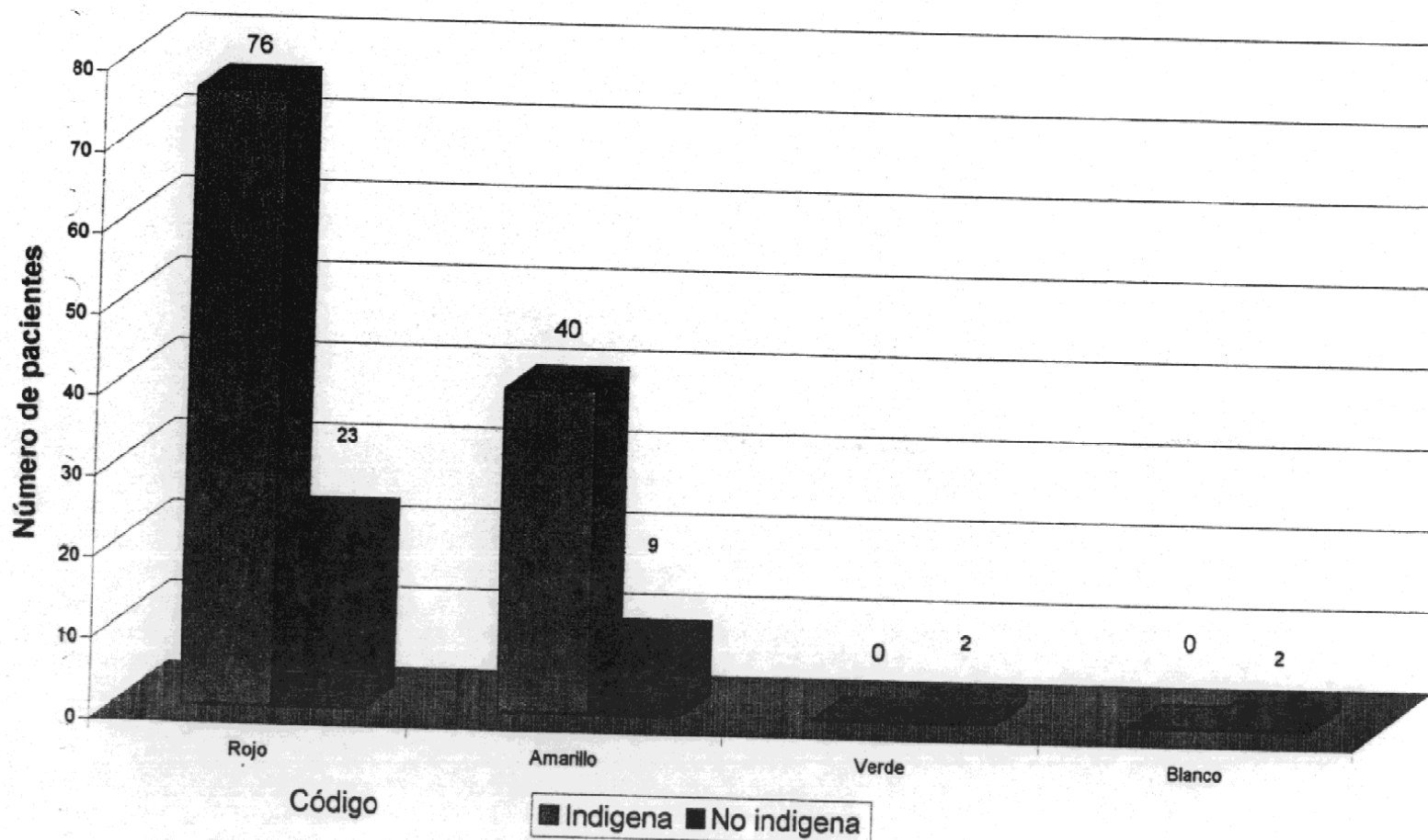
CODIGO	ETNIA		TOTAL
	INDIGENA	NO INDIGENA	
R OJO	76	23	99
AMARILLO	40	9	49
VERDE	0	2	2
BLANCO	0	2	2
TOTAL	116	36	152
%	76.3	23.7	

Fuente: ficha de evaluación diagnóstica para tratamientos dentales.

Interpretación:

Se observa que del total de excombatientes sometidos al examen clínico de la cavidad bucal, 116 (76.3) son indígenas y 36 (23.7) no indígenas. Los pacientes que se diagnosticaron dentro del código blanco y código verde son solamente 2 respectivamente; estos 4 pacientes pertenecen a la etnia ladina.

GRAFICA # 3
DISTRIBUCION DE TRATAMIENTO CLINICO SEGUN SEVERIDAD DE DOLOR DENTAL O SEVERA INFLAMACION GINGIVAL Y
ETNIA EN 152 EXCOMBATIENTES DEL CAMPAMENTO TENIENTE BOLIVAR, FINCA SACOL, NUEVO CHAHAL, ALTA VERAPAZ,
EN 1997.



Interpretación: se observa que del total de excombatientes sometidos al examen clínico de la cavidad bucal, 116 son indígenas y 36 no indígenas.

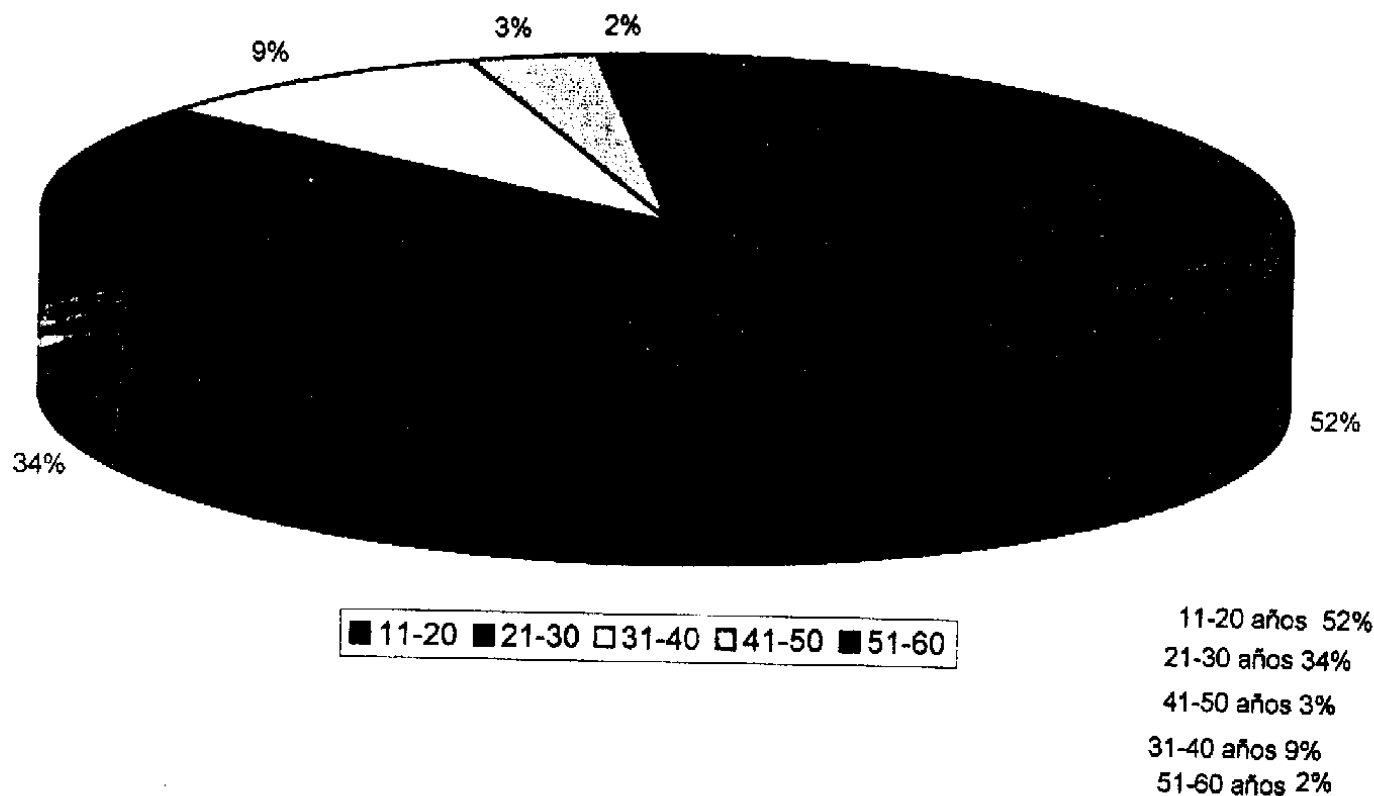
CUADRO No. 4
DISTRIBUCION DEL TRATAMIENTO CLINICO SEGUN SEVERIDAD DE DOLOR DENTAL O
SEVERA INFLAMACION GINGIVAL ENCONTRADO POR RANGOS DE EDAD EN 152
EXCOMBATIENTES DEL CAMPAMENTO TENIENTE BOLIVAR, FINCA SACOL, NUEVO
CHAHAL, ALTA VERAPAZ EN 1997

DIAGNOSTICO SEGUN SEVERIDAD DEL PADECIMIENTO						
EDAD	ROJO	AMARILLO	VERDE	BLANCO	TOTAL	%
11-20	45	34	0	0	79	52
21-30	38	11	1	1	51	34
31-40	10	3	0	1	14	9
41-50	4	1	0	0	5	3
51-60	2	0	1	0	3	2

Fuente: ficha de evaluación diagnóstica para tratamientos dentales.

Interpretación: Se observa que en el código rojo clasificado como el de mayor necesidad de atención odontológica el rango de edad más frecuente fue el de 11-20 años con 45 casos, y el de menor frecuencia fue el de 51-60 años con 2 casos, también del código blanco clasificado como el de menos necesidad de atención odontológica los rangos más frecuentes fueron 21-40 años con 1 caso y el de menor frecuencia estuvo representado por los rangos de 11-20 y de 41-60 años.

GRAFICA No. 4
DISTRIBUCION DEL TRATAMIENTO CLINICO SEGUN SEVERIDAD
DE DOLOR DENTAL O SEVERA INFLAMACION GINGIVAL ENCONTRADA POR RANGOS
DE EDAD EN 152 EXCOMBATIENTES DEL CAMPAMENTO TENIENTE BOLIVAR, FINCA
SACOL, NUEVO CHAHAL, ALTA VERAPAZ, EN 1997



Interpretación: Se observa que la mayor necesidad de atención odontológica estuvo en el rango de edad de 11-20 años con un 52 %, y el de menor frecuencia fue el de 51-60 años con un 2 %.

CUADRO N° 5
DISTRIBUCION SEGUN SEVERIDAD DE DOLOR DENTAL, O SEVERA INFLAMACION
GINGIVAL POR COMPAÑIAS EN 152 EXCOMBATIENTES DEL CAMPAMENTO TENIENTE
BOLIVAR, FINCA SACOL, NUEVO CHAHAL, ALTA VERAPAZ EN 1997.

CODIGO	COMPAÑIAS					TOTAL
	1	2	3	4	5	
ROJO	16	16	17	13	39	101
AMARILLO	14	12	12	8	1	47
VERDE	0	2	0	0	0	2
BLANCO	0	2	0	0	0	2

Fuente: ficha clínica de evaluación diagnóstica para tratamientos dentales.

Interpretación: Se observa que la compañía que más casos con código rojo presentó fue la No. 5 (f=39), y la compañía con menos casos código rojo fue la compañía N° 4 (f=13); del código amarillo, la compañía N° 1 contó con la más alta frecuencia (f=14), y la compañía N° 5, con la menor frecuencia. (f= 1). Solamente se presentaron dos casos respectivamente de los códigos verde y blanco en la compañía No. 2, no así en el resto de compañías, donde no hubo ningún caso que presentara salud bucal o con tratamientos para etapa posterior a la desmovilización.

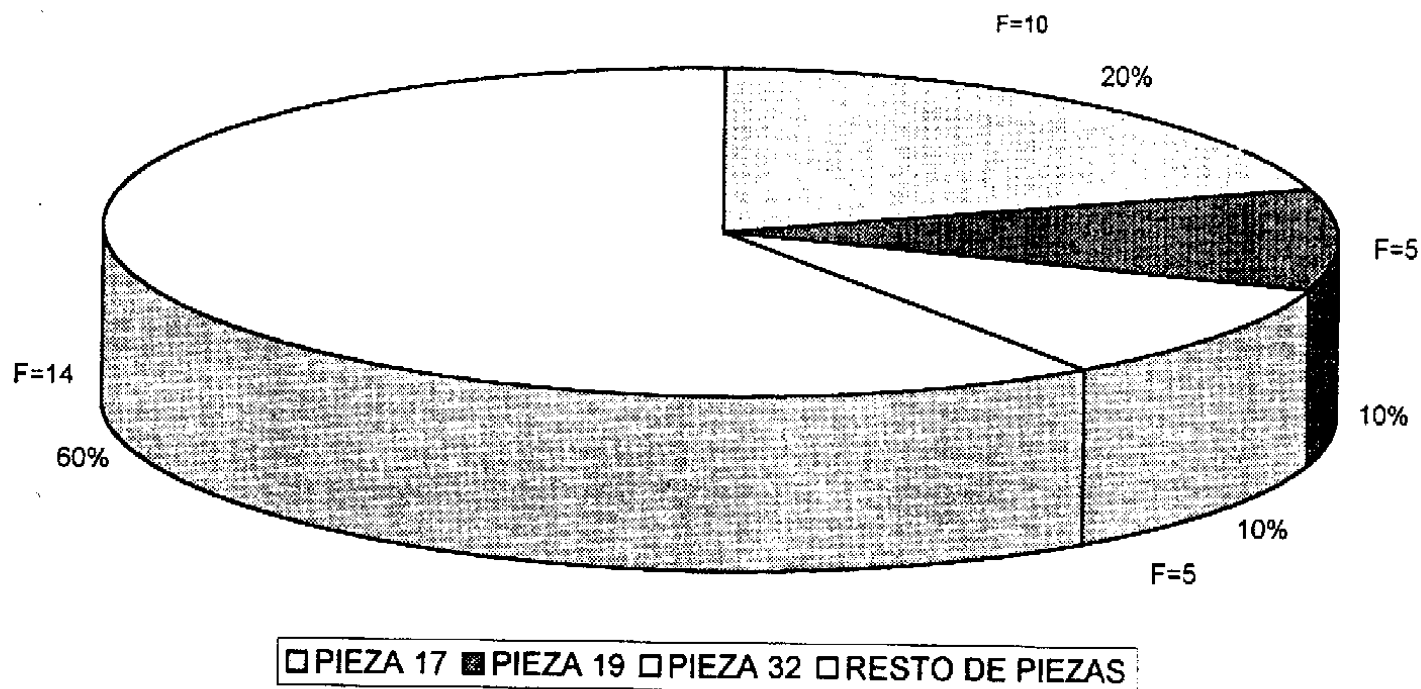
CUADRO N° 6
DISTRIBUCION DE TRATAMIENTOS SEGUN NECESIDADES ODONTOLÓGICAS DE 152
EXCOMBATIENTES DEL CAMPAMENTO BOLIVAR, FINCA SACOL, NUEVO CHAHAL, ALTA
VERAPAZ, DURANTE 1997.

OPERATORIA				EXODONCIAS		PPF	PPR	PT
AMALGAMA		RESINA		PIEZAS	FREC			
CI I O	992	CI III	105	10,12,18,30	3			
CI I B	207	CI IV	1	1	4			
CI I L	137	CI V	2	19,32	5			
CI II OM	44	CI VI	3	17	10			
CI II OD	34			RESTO DE PIEZAS	14			
CI II MOD	25							
TOTAL	1439		111		50	117	6	1

Fuente: Ficha de evaluación diagnóstica para tratamientos dentales.

Interpretación: Se observa que la mayor demanda de tratamientos dentales lo constituyen las amalgamas y la menor está representada por la prótesis total. Además, de las piezas que necesitaron extracción la de mayor frecuencia fue la pieza N° 17 (f=10).

GRAFICA No. 6
DISTRIBUCION DE EXODONCIAS POR PIEZA, SEGUN NECESIDADES ODONTOLÓGICAS
DE 152 EXCOMBATIENTES DEL CAMPAMENTO TENIENTE BOLIVAR, FINCA SACOL,
NUEVO CHAHAL, ALTA VERAPAZ, DURANTE 1997



Interpretación: Se observa que la mayor frecuencia de piezas que necesitaron extracción lo constituyó la pieza #17.

CUADRO No. 7

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGUN COMPAÑIAS Y CODIGO DE INDICE
COMUNITARIO DE NECESIDADES DE TRATAMIENTO PERIODONTAL (I.C.N.T.P.) EN 152
EXCOMBATIENTES DEL CAMPAMENTO BOLIVAR, FINCA SACOL, NUEVO CHIAHAL, ALTA
VERAPAZ, DURANTE 1997.

CODIGO	COMPAÑIAS					TOTALES
	1	2	3	4	5	
2	14	29	11	6	0	60
3	14	3	13	14	17	61
4	2	0	5	1	23	31
TOTALES	30	32	29	21	40	152

Fuente: ficha clínica de evaluación diagnóstica para I.C.N.T.P.

Código 0: Tejidos sanos.

Código 1: Sextante en el cual no existen bolsas, ni tártaro, ni obturaciones desbordantes, pero sangra después de un sondeo suave de la encía o más bolsas; el paciente sólo necesita instrucciones para mejorar su higiene bucal.

Código 2: Sextante en el que ningún sondeo excede a los 2 mm. de profundidad (la zona de color permanece visible por completo pero se reconoce por debajo del margen gingival retenciones de placa bacteriana o cálculos); el paciente necesita detartraje y mejorar su higiene bucal.

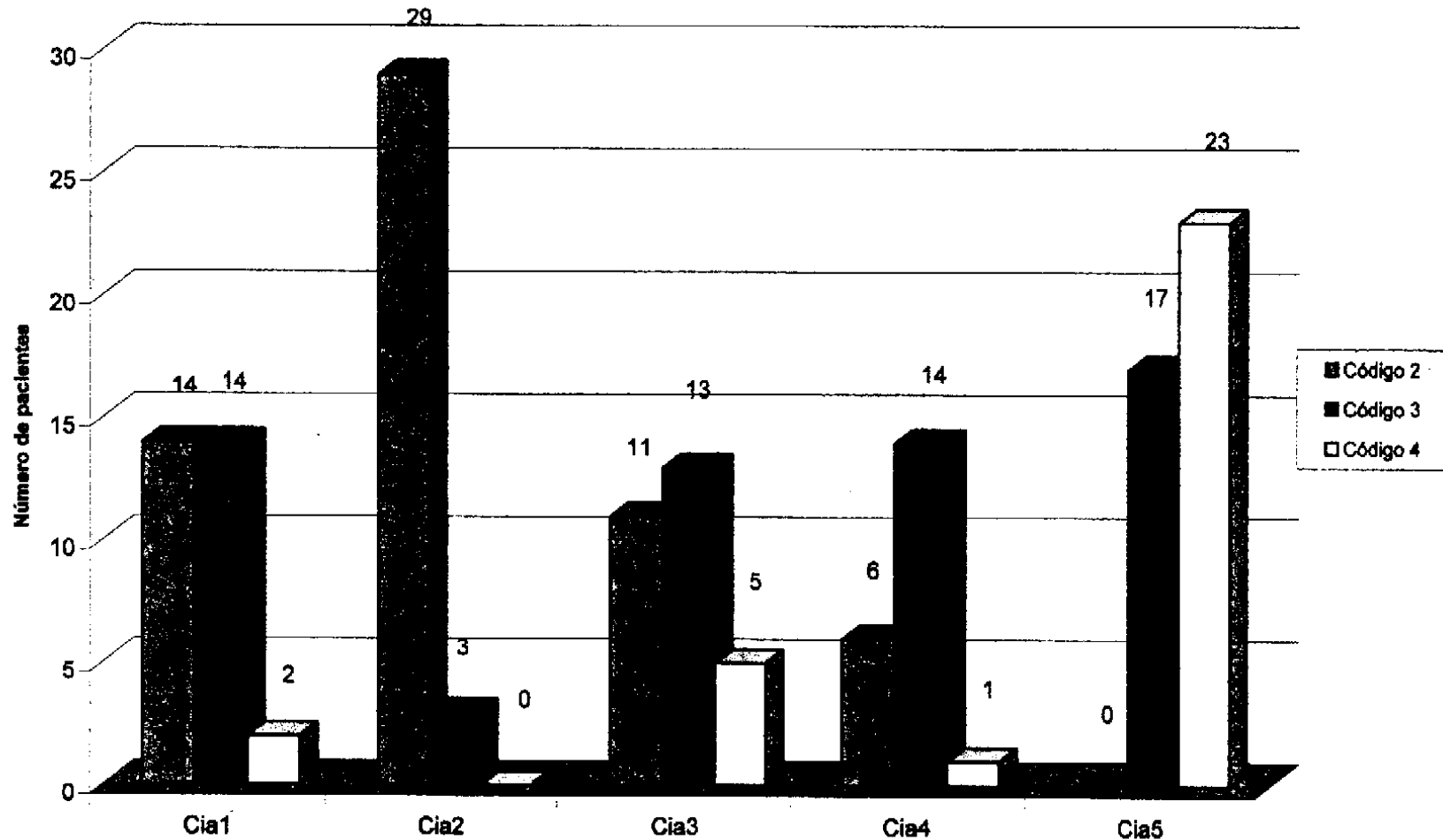
Código 3: Se asigna a un sextante cuando la zona codificada por color de la sonda, permanece parcialmente visible cuando se inserta en una bolsa profunda. La profundidad de la bolsa estará entre 4 ó 5 mm y el tratamiento del sextante puede ser el mismo que para el código anterior.

Código 4: Se asigna a un sextante cuando uno o más dientes de la zona codificada por color de la sonda desaparece de la bolsa inflamada, lo que indica una bolsa de 6 mm. de profundidad; el sextante requiere tratamiento complejo (detartraje profundo, curetaje e incluso cirugía, en la mayoría de los casos, se necesitan servicios de un especialista).

Código X: Menos de 2 dientes en función en el sextante.

Interpretación: Se observa que en la compañía No. 1; los códigos que con más frecuencia se presentaron fueron el 2 y 3; en la compañía No. 2 lo fue el código 2, las compañías 3 y 4 estuvieron representadas por el código No. 3 y la compañía No. 5 por el código 4; de los códigos 0, 1 y X no se obtuvo ningún caso.

GRAFICA No. 7
DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGUN COMPAÑIAS Y CODIGO DE INDICE
COMUNITARIO DE NECESIDADES DE TRATAMIENTO PERIODONTAL (I.C.N.T.P.) EN 152
EXCOMBATIENTES DEL CAMPAMENTO BOLIVAR, FINCA SACOL, NUEVO CHAHAL,
ALTA VERAPAZ EN 1997



Interpretación: Se observa que en la compañía # 1 los códigos que con más frecuencia se presentaron fueron el 2 y 3, en la compañía # 2 lo fue el código # 2, en las compañías 3 y 5 estuvieron representadas por el código # 3, y la compañía # 5 por el código # 4.

CUADRO N° 8
DISTRIBUCION DE TRATAMIENTOS REALIZADOS SEGUN CODIGO DE SEVERIDAD Y
COMPAÑIA DE 152 EXCOMBATIENTES ATENDIDOS EN EL CAMPAMENTO TENIENTE
BOLIVAR, FINCA SACOL, NUEVO CHAHAL, ALTA VERAPAZ DURANTE 1997.

	COMPAÑIA					
CODIGO	1	2	3	4	5	TOTAL
ROJO	13	14	22	14	9	72
AMARILLO	3	4	1	0	0	8
TOTAL	16	18	23	14	9	80

Fuente: ficha de evaluación diagnóstica para tratamientos dentales.

Interpretación:

Se observa que de las 5 compañías atendidas, la que más tratamientos dentales recibió fue la compañía No. 3 (f=23), y la que menos atención en tratamientos dentales recibió fue la compañía No. 5 (f=9)

CUADRO No. 9
DISTRIBUCION DE TRATAMIENTOS REALIZADOS SEGUN COMPAÑIA, DE 152
EXCOMBATIENES DEL CAMPAMENTO TENIENTE BOLIVAR, FINCA SACOL, NUEVO
CHAHAL, ALTA VERAPAZ, DURANTE 1997.

TRATAMIENTO	COMPAÑIAS					TOTAL
	1	2	3	4	5	
Am CI I O Y OL	33	44	44	26	15	162
Am CI II 2 SUP	4	5	3	3	3	18
Am CI III 3 SUP	2	1	0	1	0	4
Am CI III	0	0	1	0	0	1
Am CI V	1	0	0	0	0	1
RESINA COMP.	24	16	6	15	14	75
TRATAMIENTO PERIODONTAL	14	12	20	12	8	66
PROFILAXIS	5	5	7	5	0	22
EXODONCIAS	12	6	20	8	7	53
CIRUGIAS	0	0	1	0	1	2

Fuente: ficha de evaluación diagnóstica para tratamientos dentales.

% atendido = 23.17 %

Interpretación: Se observa que de todos los tratamientos realizados en cada compañía, los que tuvieron más demanda fueron las amalgamas dentales, seguidos por las resinas compuestas, continuando con el tratamiento periodontal y las exodoncias de piezas dentales según orden decreciente.

CUADRO No.10
COMPARACION DE NECESIDADES TOTALES DE TRATAMIENTO Y TRATAMIENTOS
REALIZADOS EN 152 EXCOMBATIENTES DEL CAMPAMENTO TENIENTE BOLIVAR, FINCA
SACOL, NUEVO CHAHAL, ALTA VERAPAZ DURANTE 1997.

TRATAMIENTO	DIAGNOSTICADOS*	%	REALIZADOS*	%	TOTAL*
AMALGAMAS	1439	59.15	186	7.65	1625
RESINAS COMP.	111	4.57	75	3.08	186
TRATAMIENTO PERIODONTAL	152	6.25	66	2.71	218
PROFILAXIS	152	6.25	22	0.90	174
EXODONCIAS	50	2.06	53	2.18	103
CIRUGIAS	0	0	2	0.08	2
PPF	117	4.81	0	0	117
PPR	6	0.25	0	0	6
PT	1	0.04	0	0	1
TOTAL	2028	83.38	404	16.60	

Fuente: ficha de evaluación diagnóstica para tratamientos dentales.

Interpretación: Se observa que en lo que se refiere a amalgamas, resinas compuestas, tratamientos periodontales, profilaxis, PPF, PPR y PT el porcentaje del total de tratamientos diagnosticados fue mayor que el de tratamientos realizados; y en lo que se refiere a exodoncias y cirugías el porcentaje del total de tratamientos realizados sobrepasó el de tratamientos diagnosticados.

CONCLUSIONES

1. La población mayoritaria del campamento estuvo representada por un 51.9% de adolescentes y adultos jóvenes, predominando el sexo masculino.
2. De la totalidad de excombatientes que se sometieron al examen clínico para el diagnóstico de sus necesidades odontológicas, 65.1% fueron clasificados dentro del código rojo (caso urgente de tratamiento inmediato).
3. De todos los excombatientes sometidos al examen clínico de la cavidad bucal, el 76.3% fueron indígenas.
4. De todas las compañías atendidas, la compañía 5 obtuvo la mayor cantidad del código rojo.
5. La mayor demanda de tratamientos dentales la constituyó la amalgama de plata y la menor, la prótesis total.
6. La pieza que presentó con más frecuencia indicación para extraerla fue la No. 17 (f=10).
7. Las compañías No. 1,2,3 y 4 según el ICNTP, requirieron los tratamientos de detartraje y mejorar su higiene bucal (códigos 1 y 2).
8. La compañía No. 5 según el ICNTP, requirió de tratamientos más complejos como curetaje y cirugía para poder recuperar su salud periodontal (código 4).
9. De las compañías atendidas, la población que más tratamientos dentales recibió fue la de la compañía No. 3, con 22 casos del código rojo y 1 del amarillo.
10. De todos los tratamientos realizados en cada compañía, los que tuvieron más demanda en orden decreciente fueron: La amalgama de plata, resina compuesta, tratamiento periodontal y exodoncias.

11. El 60% de la población desmovilizada hablaban kekchí y eran analfabetas.
12. Un alto porcentaje de los excombatientes a quienes se les realizó examen clínico, presentaron un índice elevado de enfermedad periodontal avanzada (códigos 3 y 4).
13. Los excombatientes a quienes se les realizó su examen clínico, presentaron un moderado índice de caries dental debido a que en las condiciones en las cuales vivieron, no contaron con una educación en salud bucal y con los instrumentos de limpieza adecuados.

NOTA: De lo anterior se deduce que estas personas poseen poco o ningún conocimiento sobre hábitos de higiene bucal, como medida preventiva de las dos enfermedades bucales más prevalentes encontradas en la población desmovilizada: La caries y la enfermedad periodontal.

RECOMENDACIONES

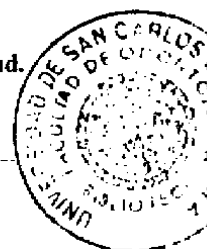
1. **Es necesario darle seguimiento al tratamiento que fue iniciado durante la fase de desmovilización a cada excombatiente para mejorar su actual estado de salud bucal.**
2. **Es necesario realizar no sólo tratamientos dentales y periodontales, sino también protésicos en un elevado número de excombatientes.**
3. **Se recomienda implementar un programa preventivo en las áreas de incorporación de los miembros de la URNG para que ello se traduzca en un mejoramiento de la salud bucal, no sólo de los excombatientes sino de toda su comunidad.**

LIMITACIONES

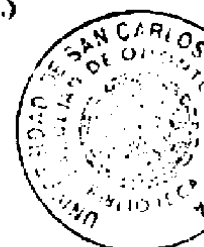
1. **IDIOMA:** La barrera del lenguaje fue desde el principio evidente, ya que la mayoría de la población es maya hablante (Kekch'). Para superar esta limitación se contó con la colaboración de traductores, quienes estaban presentes gran parte del tiempo de trabajo.
2. **INASISTENCIA DEL PACIENTE:** Por la cual se perdió significativamente el tiempo disponible (60 días), para atender a la población. Entre las causas de la inasistencia están las actividades político - educativas y el taller de salud mental.
3. **FALTA DE EQUIPO DENTAL Y FALLAS MECANICAS EN EL MISMO:** Al principio se presentaron fallas en el equipo, entre ellas fallas en los compresores, plantas eléctricas, piezas de mano, contrángulos, etc.
4. **FALTA DE INSTRUMENTAL DE INSUMOS ODONTOLOGICOS:** Al inicio se notó la falta de algunos materiales dentales básicos como óxido de zinc y eugenol, fresas adecuadas o la mala calidad de algunos materiales como la amalgama de plata y resinas compuestas.
5. **FALTA DE ENERGIA ELECTRICA Y AGUA POTABLE:** El fluido eléctrico y el abastecimiento de agua no fueron constantes.

BIBLIOGRAFIA

1. Acuerdos de Paz. Guatemala, Universidad de San Carlos, DIGI, 1996. 49p.
2. Acuerdos entre el Gobierno de Guatemala y las comisiones permanentes. Suscritos el 8 de octubre 1992. Guatemala, Editorial Corel, Diciembre 1995. pp. 1-3.
3. Baum, Lloyd.-- Tratado de Operatoria Dental / Lloyd Baum, Ralph W Phillips, Melvin R. Lund ; trad. por Irina Lebedeff Spengler. -- 2a ed.-- México : Interamericana, 1988. 620p.
4. Carranza, Fermín A. -- Periodontología Clínica de Glickman / Fermín A. Carranza ; trad. por Laura Elias Urdapilleta, Enriqueta Cerón Rossaluz -- 7a ed. -- México : Interamericana Mc Graw - Hill, 1990. 1067p.
5. Catecismo del proceso de paz de Guatemala. Proyecto de Educación Cívica, ASC, Marzo - Octubre, 1994. Guatemala, Fundapaz, Diciembre 1994. 5p.
6. Centro de Investigación y Documentación Centroamericana. Violencia y contraviolencia: desarrollo histórico de la violencia institucional en Guatemala. Guatemala, Editorial Universitaria, 1980. 251p. (Mario López Larravé. Vol. 6.)
7. De Toro y M. Gisbert. Diccionario Larousse Ilustrado. Buenos Aires, Larousse, 1996. 2670p.
8. Democracia con justicia social y proyecto alternativo. Guatemala, INCIDE, julio 1996 37p. (Serie Proyecto Alternativo).
9. Durante Avellanal, C. Diccionario Odontológico. -- 2a ed. -- Buenos Aires, Editorial Mundl, 1994. 1990 p
10. Faglanni Torres, M. Periodoncia: Unidades de aprendizaje independiente. Guatemala, Ediciones Superación, 1991. pp. 93-96.
11. GAM y CIIDH Quitar el agua al pez: análisis del terror en tres comunidades rurales de Guatemala (1980-1984). Guatemala, Editorial Estudiantil Fenix, 1996. 102p. (Serie Cuadernos para la Historia).
12. García, L. J. M. y R. Quezada Toruño. Los derechos humanos y el proceso de paz en Guatemala. Guatemala, Serviprensa, 1996. 52p.
13. Hernández, R. y E. Godoy. Adiós a las armas: Gobierno y URNG firman acuerdo de paz -- pp. 2 - 6. -- En periódico Prensa Libre (Guatemala). -- Año 46. No. 14686. (lunes, 30 de Diciembre de 1996).
14. Henderson , Davis. -- Prótesis Parcial Removible / David Henderson, Victor L. Steffel ; trad. por Martín Horacio Edenberg.-- Buenos Aires : Editorial Mundl, 1974. 468p.
15. Hoy se firma la paz -- pp. 3 - 7. -- En periódico Prensa Libre, edición especial (Guatemala).-- Año 46, No. 14685. (domingo, 29 de Diciembre de 1996).



16. Ingle, John Ide. -- Endodoncia / John Ide Ingle, Jerry F. Taintor ; trad. por Jose Luis Garcia Martínez, J. Rafael Blengio Pinto, Alberto Folch Pl. -- 3a ed.-- Mexico : Interamericana 1991. Pp. 530 - 531.
17. Katz, Simon.-- Odontología preventiva en Acción / Simon Katz, James L. Mc Donald, George K. Stookey. -- Mexico : Editorial Medica Panamericana, 1975. pp. 30 - 40 .
18. Kratochvil, F. James. -- Prótesis parcial removible / F. James Kratochvil ; trad. por Jose Antonio Ramos Tercero.-- Mexico : Interamericana Mc Graw - Hill, 1989. pp. 70-86, 90-98.
19. MINUGUA. Acuerdo global sobre derechos humanos. México, 29 de mayo de 1994. 10p.
20. -----Informe de reconocimiento de puntos de concentración. Guatemala, Febrero, 1997. 11p.
21. Montenegro Lima, G. R. César Montes: La paz se pudo firmar hace 30 años. -- p. 11. -- En periódico La República (Guatemala).-- Año 4. (sábado, 22 de Febrero de 1997).
22. -----César Montes: tres movimientos crearon las FAR. -- pp. 9 -- En Periódico La República (Guatemala). -- Año 4 (domingo 23 de Feb. de 1997).
23. -----El "Che" Guevara y Yon Sosa, grandes figuras en la guerra de guerrillas.-- p. 11.-- En periódico La República (Guatemala).-- Año 4. (lunes, 24 de Febrero de 1997).
24. ----- E. Guerra. César Montes: Yon Sosa, y Turcios Lima construyeron la guerrilla.-- p. 10-11.-- En Periódico La República (Guatemala).-- Año 4. (Lunes, 24 de feb. de 1997).
25. Myers, George E. -- Prótesis de coronas y puentes / George E. Myers ; trad. por Guillermo Mayoral.-- 3a ed.-- Barcelona : Editorial Labor, 1975. pp. 190 - 199.
26. Haz bien y no mires a quien.. --P. 1. -- De revista Odontología Gráfica (Guatemala).-- Año 17. No. 202. (sábado, 1 de Marzo de 1997).
27. Prado, P. E. Comunidades de Guatemala. Guatemala, Impresos Herme, 1995. 136p.
28. Ramírez C., G. A. Apuntes de técnica operatoria. Guatemala, Universidad de San Carlos Facultad de Odontología, Departamento de Operatoria, 1989. 314p
29. Salzar, Pedro.-- Prostodoncia total / Pedro Salzar.-- Buenos Aires : Editorial Mundí, 1972. 495p.
30. Salud integral en la fase de desmovilizado y de la incorporación de la URNG a la vida ciudadana. Guatemala, URNG, julio de 1997. 72p. (versión final para el comentario.)
31. San Ramón, H. La democracia de las armas. México, Latinoamericana, 1994. 280p.
32. Seltzer, Samuel.-- Pulpa Dental / Samuel Seltzer, I. B. Bender ; trad. por Jose Antonio Ramos Tercero.-- México : El manual moderno, 1987. 370p.



33. Shillingburg, Herbert T. -- Fundamentos de Protodoncia Fija / Herbert T. Schillingburg, Sumiya Hobo, Lowell D. Witssett; trad. por Rodolfo Krenn.-- México: La Prensa Médica Mexicana, 1983, pp. 13 - 15.
34. Stewart, Kenneth L.-- Prótesis Parcial Removible / Kenneth L. Stewart, Kenneth D. Rudd, William A. Kuebker; trad. por Jesus Sierranlta, Myrna Khayan B. y Mena L. Valles.-- 2a ed.-- Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, 1993.-- Pp. 1 - 20, 97- 100, 117.
35. Stockstill, John W., John F. Bowley y Ronald Atanasio.-- Análisis de decisiones clínicas en protodoncia fija.-- Pp. 565, 569, 591, 594.-- En: Protodoncia fija integral: John F. Bowley John W. Stockstill, Ronald Attanasio, directores huéspedes.-- México: Interamericana McGraw - Hill, 1992. (Clínicas Odontológicas de Norte America, Vol. 3.)
36. Taller de Homogenización de criterios para la atención de salud integral en la fase de desmovilización. Guatemala, URNG, 1997. 73p.
37. Tiempo de paz -- P. 30. -- En Periódico Prensa Libre, edición especial, (Guatemala). Año 64, No. 14685. (lunes, 30 de Diciembre de 1996).
38. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología, Junta Directiva. Participación de la Facultad de Odontología en el Programa Extraordinario de Salud, derivado de Acuerdos de Paz. 17 de Enero de 1997. Acta No. 1- 97.
39. Un quetzal.-- p. 16.--En Periódico Tinamit (Guatemala). Año 6, 2a. Epoca, No. 202. (Jueves 20 a) miercoles 26 de Febrero de 1997).
40. Valdeavellano Pinot, R. Manual de Exodoncia. Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Area Medico Quirúrgica. Unidad de Cirugía. 60 pp.

Vo. Bo.

EJM



ANEXOS



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Edificio "M-2" Segundo Nivel
Ciudad Universitaria, zona 12
Apartado Postal 1029
Guatemala, Centroamérica

Enero 24 de 1997
Ref. F.O.S. 008-97

Señores
Directores de Area o Departamento
Facultad de Odontología
Ciudad Universitaria, zona 12

De mi consideración:

Para su conocimiento y con la solicitud de que se sirva hacerlo del conocimiento del Personal Docente a su cargo, transcribo a usted el PUNTO PRIMERO del Acta No. 1-97 de la sesión celebrada por la Junta Directiva de esta Facultad, el día 17 de enero de 1997, que literalmente dice:

...PRIMERO: Participación de la Facultad de Odontología en el Programa Extraordinario de Salud, derivado de los Acuerdos de Paz: La Junta Directiva tomando en consideración lo resuelto por el Consejo Superior Universitario en el Punto Décimo Noveno del Acta No. 29-96 de su sesión celebrada el día 27 de noviembre de 1996 y, de acuerdo con la recomendación del Consejo Académico de esta Facultad, acordó:

- 1.1. Apoyar la participación de la Facultad de Odontología en el Proceso de Paz, integrándose al equipo multidisciplinario que participe en el Programa Extraordinario de Salud en los campamentos de la URNG.
- 1.2. Que los estudiantes que voluntariamente se integren en ese programa y que permanecerán por dos meses en los campamentos de la URNG, puedan elegir cualquiera de las opciones siguientes, en cuanto a su desempeño curricular en la Facultad de Odontología:
 - a. Que la actividad extraordinaria desarrollada durante esos dos meses en los campamentos de la URNG, sea equivalente a cuatro meses efectivos de su E.P.S.
 - b. Que realicen un trabajo de investigación en el campamento asignado, elaborado de acuerdo con los

lineamientos de la Comisión de Tesis de esta Facultad, quien tendrá a su cargo la asesoría y aprobación de dicho trabajo, el cual se constituirá en la tesis de graduación.

Cualquier opción que escoja el estudiante voluntario tendrá vigencia unicamente para los ciclos lectivos 1997 y 1998."



Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

a
Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Secretario

c.c. Comisión de Tesis.
A.E.O.
Estudiantes interesados.

pat.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



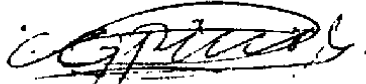
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Edificio "M-2" Segundo Piso
Ciudad Universitaria, zona 12
Apartado Postal 1020
Guatemala, Centroamérica

A QUIEN INTERESE.

Por este medio se hace constar que el Odontólogo Practicante NEYDA YESENIA ZULETA BONILLA, participó activamente en el Programa de atención y diagnóstico de salud integral en la fase de desmovilización del Plan de incorporación de URNG a la vida ciudadana, con la participación de la URNG, Ministerio de Salud Pública, Médicos del Mundo, OPS/OMS y Universidad de San Carlos de Guatemala.

Y para los usos que al interesado convengan se extiende, sella y firma la presente constancia en la ciudad de Guatemala, a los veinte días del mes de mayo de mil novecientos noventa y siete.


Dr. Angel Rodolfo Soto Galindo
Director de Clínicas

ARSG/mvp

c.c.: archivo

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Edificio "M-2" Segundo Nivel
Ciudad Universitaria, zona 12
Apartado Postal 1089
Guatemala, Centroamérica

Ref.: F.O.D. 011/97

ACUERDO No. 003/97

El Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en uso de las facultades que le otorgan las literales d), f) y p) del Artículo 24, Capítulo II, Título IV de los Estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, **A C U E R D A:** Nombrar al **DR. ANGEL RODOLFO SOTO GALINDO**, Representante de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala ante la Comisión Multisectorial conformada por MINUGUA - O.P.S. - MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL - URNG - UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS; para definir la participación de los estudiantes de la Facultad de Odontología en el Programa Extraordinario de Salud, a realizarse por 60 días en los campamentos de los excombatientes de la URNG, previa su incorporación a la vida civil, derivado de la firma de los Acuerdos de Paz y el compromiso de la Universidad de San Carlos de contribuir a la reconstrucción del país con acciones directas.

Dado en la Ciudad de Guatemala, a los dieciseis días del mes de enero de mil novecientos noventa y siete.

"ID Y ENSEÑAN A TODOS"

Dr. Danilo Arroyave Rittscher

DECANO





ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

7a. AVENIDA 12-23 ZONA 9
EDIFICIO ETISA 3er. NIVEL
GUATEMALA, C. A. 01009

PBX 3322032
FAX 3343804
APARTADO POSTAL 383

REFERENCIA

GUT-PWR-DES-CTD/66/3/1952

26 SET. 1997

Dr. Rodolfo Soto
Director de Clínicas, Facultad de Odontología
Universidad de San Carlos de Guatemala
Edificio M2, 2o. nivel
Ciudad Universitaria zona 12
Ciudad

Estimado doctor Soto:

Con la conclusión de las diferentes actividades ejecutadas en el componente de salud en la fase de desmovilización de la URNG, deseamos enviar nuestro más sincero agradecimiento por el apoyo, contribución y consideración que brindaron durante todo este proceso.

Agradeceremos también hacer extensivo este reconocimiento al personal a su cargo, por la excelente labor realizada y el compromiso en alcanzar los objetivos propuestos en este proyecto.

En nombre de las organizaciones e instituciones coordinadoras, patentizamos nuevamente nuestro agradecimiento y nuestro deseo que juntos sigamos contribuyendo hacia la paz firme y duradera que tanto anhelamos para este país.

Atentamente,


Dr. Jacobo Finkelman
Representante OPS/OMS

Guatemala, 8 de agosto de 1997

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
RECEBIDO
23 AGO 1997
SECRETARIA
10:30 AM

Dr. Danilo Arroyave Rittscher
Director de la Facultad de Odontología
Universidad de San Carlos de Guatemala
Edificio M2 2do. Nivel
Ciudad

Estimado doctor Arroyave:

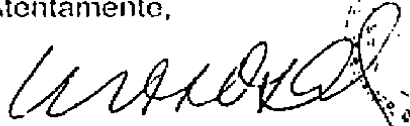
Con la conclusión de las diferentes actividades ejecutadas en el componente de salud en la fase de desmovilización de la URNG, deseamos enviar nuestro más sincero agradecimiento a la institución que usted dignamente representa, por el apoyo, contribución y consideración que brindaron durante todo este proceso.

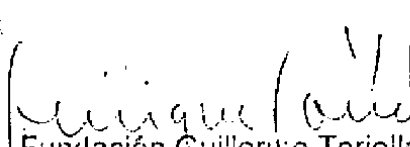
Agradeceremos también hacer extensivo este reconocimiento al personal a su cargo, por la excelente labor realizada y el compromiso en alcanzar los objetivos propuestos en este proyecto.

Aprovechamos la oportunidad para informarle que estamos elaborando un informe final y será enviado a esa institución, a la brevedad posible.

En nombre de las organizaciones e instituciones coordinadoras, reiteramos nuevamente nuestro agradecimiento y nuestro deseo que juntos sigamos contribuyendo hacia la paz firme y duradera que tanto anhelamos para este país.

Atentamente,


Ing. Marco Tulio Sosa, Ministro
Ministerio de Salud Pública y
Asistencia Social


Fundación Guillermo Toriello
Comisión especial de Incorporación URNG

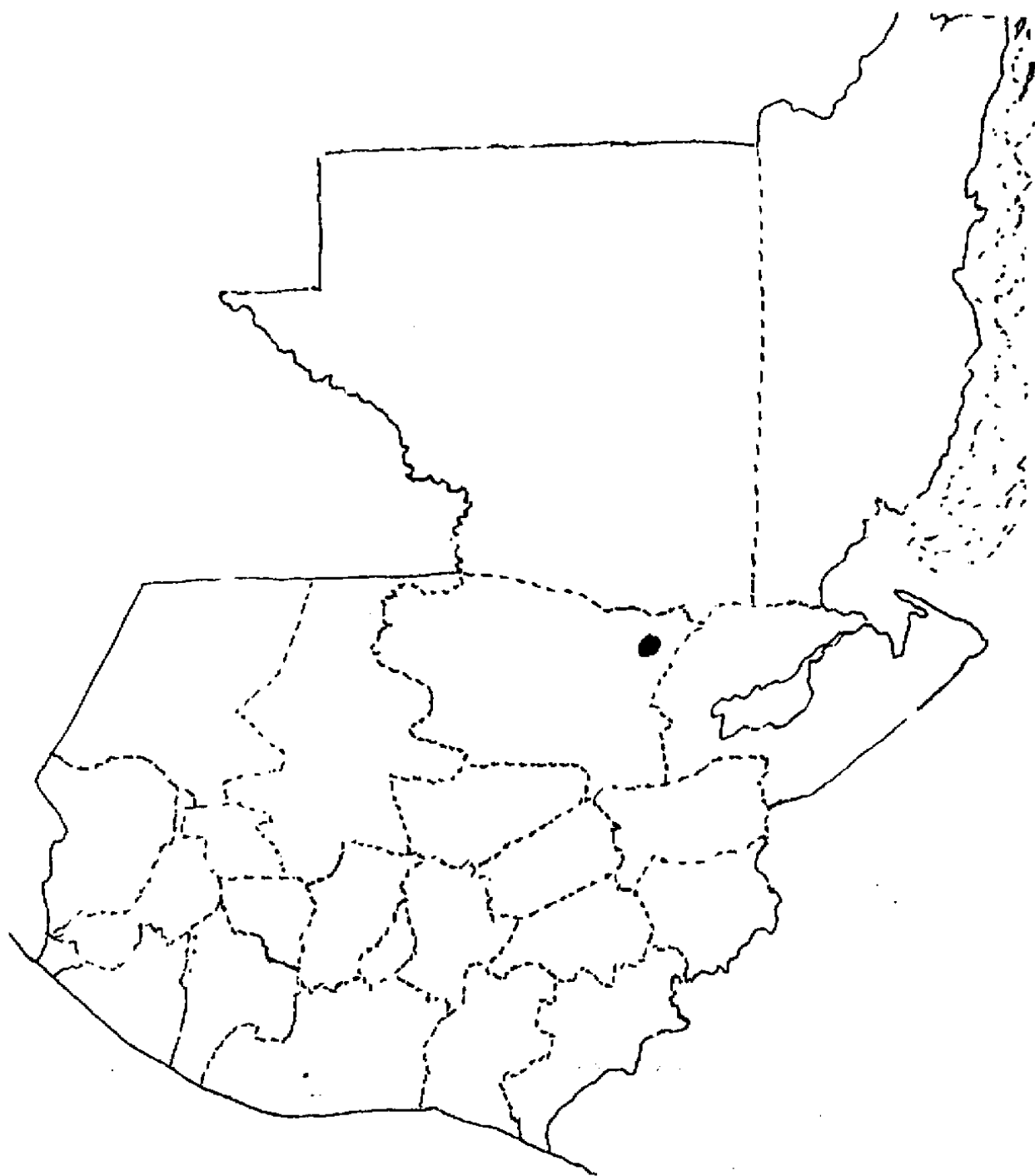
FUNDACION
GUILLERMO TORIELLO



Dr. Jacobo Finkelstein
Representante
OPS/OMS GUATEMALA



UBICACION DEL CAMPAMENTO SACOL



CLASIFICACION DE FICHAS POR COLOR SEGUN COMPAÑIAS

COLOR	1	2	3	4	5	TOTAL
ROJO						
AMARILLO						
VERDE						
BLANCO						

LISTADO DE TRATAMIENTOS REALIZADOS SEGUN COMPAÑIAS

TRATAMIENTO	1	2	3	4	5	TOTAL
Am CI Y O y OL						
Am CI II (2 super)						
Am CI II (3 super)						
Am CI III						
Am CI V						
Resinas Compuestas						
Cirugías						

Neyda Yesenia Zuleta Bonilla
SUSTENTANTE

Dr. Danilo Arroyave
ASESOR

Dr. Rodolfo Soto
ASESOR

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
U.S.A.C.
DIRECCION DE CLINICAS



COMISION TESIS

COMISION TESIS

Vo. Bo. IMPRIMASE

Dr. Carlos Alvarado
SECRETARIO

