

"DIAGNOSTICO Y ATENCION DE SALUD BUCAL DE LA POBLACION DESMOVILIZADA,
EN EL CAMPAMENTO: SACOL, ALTA VERAPAZ, EN LA FASE DE
DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA
DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997"

TESIS PRESENTADA POR

VANESSA KARLA PAOLA NOGUERA MORALES

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, MAYO DE 1999

**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 Mendizabal Girón
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. Cesar Mendizábal Girón
Vocal Segundo (Asesor):	Dr. Angel Rodolfo Soto Galindo
Vocal Tercero:	Dr. Fernando Ancheta
Secretario:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo

ACTO QUE DEDICO

- A DIOS** Creador de todas las cosas y quien me guió y cuidó para alcanzar esta meta
- A MIS PADRES** Julio Adolfo Noguera Villeda
Reyna Morales de Noguera
Por su amor, apoyo y esfuerzo
- A MIS BISABUELOS** Julio Villeda y Delfina Rosas (Q.E.P.D.)
con amor a su memoria y por el cariño que me brindaron.
- A MIS ABUELOS** Antonia Guerra, Javier Morales (Q.E.P.D.)
Sara Elena Villeda. Por su apoyo moral
- A MIS HERMANOS** Sheerley, Rosana, Julio, Zuseth, Dimas
Por el amor y apoyo que me han brindado
- A MI SOBRINA** Mariana José
Con mucho amor
- A MIS TIOS** Erika, Zoila, Rubén, Javier, Ruby, Telvy, Ana
Carlos Arturo, Maria Luisa, Nury, Adela, Adolfo
con especial cariño
- A MIS PRIMOS** Por su cariño y que mi ejemplo les ayude a
cumplir sus metas
- A MI AMIGA** Mildred Tatiana Herrera España
Por su apoyo y cariño
- A MIS FAMILIARES Y AMIGOS EN GENERAL** Con agradecimiento

TESIS QUE DEDICO

A DIOS

A GUATEMALA

A QUEZALTEPEQUE

A EL INSTITUTO MIGUEL ANGEL LANDAVERRY GUZMAN

A EL COLEGIO " LICEO LA SALLE" DE CHIQUIMULA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a vuestra consideración mi trabajo de tesis titulado:
"DIAGNOSTICO Y ATENCION DE SALUD BUCAL DE LA POBLACION UBICADA, EN EL CAMPAMENTO
SACOL, ALTA VERAPAZ, EN LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA
VIDA CIUDADANA, DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997". Con forme lo demandan los
Estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, requisito final previo a optar al título de:

CIRUJANO DENTISTA

Deseo expresar mi especial agradecimiento al Dr. Rodolfo Soto y Dr. Danilo Arroyave, por su valiosa
colaboración al guiarme en la realización de este trabajo de investigación.

Y a vosotros, distinguidos miembros de este Honorable Tribunal Examinador, aceptad mis más altas
muestras de consideración y respeto.

HE DICHO

INDICE

SUMARIO.....	1
I INTRODUCCION.....	2
II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
III JUSTIFICACION.....	5
IV REVISION DE LITERATURA.....	6
V OBJETIVOS.....	36
VI VARIABLES.....	37
VII METODOLOGIA.....	38
VIII ANALISIS DE RESULTADOS.....	42
IX CONCLUSIONES.....	55
X RECOMENDACIONES.....	56
XI LIMITACIONES.....	57
XII ANEXOS.....	58
XIII BIBLIOGRAFIA.....	62

SUMARIO

El presente informe forma parte de una investigación , con el objeto de obtener información acerca del estado de salud bucal de los excombatientes miembros de la Unidad Revolucionaria Guatemalteca (URNG), ubicado en el Campamento Sacol, Alta Verapaz, por lo que se hizo necesario determinar sus mayores necesidades Odontológicas.

Se realizó un examen odontológico al total de la población adulta dentro del campamento, para clasificar y priorizar la atención odontológica posterior.

Dada la situación de guerra, los excombatientes no habían tenido una adecuada atención odontológica, y se consideraba que las condiciones de salud bucal serían muy malas; sin embargo, los hallazgos encontrados no reflejan un alto índice de caries y enfermedad periodontal, y se encuentran en un estado que se podría catalogar como el normal en nuestra comunidad guatemalteca.

La población objeto de este estudio estuvo integrada por 121 adultos, siendo el 84.3% del sexo masculino y el 15.7% del sexo femenino comprendido entre las edades de 15 a 52 años, siendo un mayor porcentaje de etnia indígena.

Se realizó un diagnóstico de salud bucal al 100% de la población dentro del campamento con ayuda de otros 5 practicantes más y se brindó atención al 60% de la población cumpliendo de esa manera el objetivo inicial. En este estudio únicamente se atendió el 25% de los excombatientes.

I. 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. (12)

En los mismos Acuerdos se estableció la conformación de la Comisión de Apoyo Logístico, constituida el 18 de noviembre de 1996, dicha Comisión sería 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, (Representado por el programa de las 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 Proyecto 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, Médicos del Mundo, Organización Panamericana de la Salud -OPS-, Universidad Misionera del Pobre -UMP- y Universidad de San Carlos de Guatemala -USAC- a través de la Facultad de Odontología. (30)

Se realizó la fase diagnóstica de todos los excombatientes como base para la clasificación y determinación de la atención bucal. La segunda fase fue de identificación para trabajar una población neta de 60% de la totalidad de concentrados. La tercera y última fase fue la elección de las piezas dentales a ser tratadas. (36)

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, a los excombatientes distribuidos en 8 campamentos. Esta investigación fue realizada en el Campamento Sacol, Alta Verapaz, 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.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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

Teniendo antecedentes de parte de miembros de la URNG, que una de las tres mayores necesidades de salud de la población desmovilizada es la odontológica y tomando en consideración que esta comunidad estuvo excluida de los servicios mínimos de salud pública necesarios, este trabajo estuvo encaminado esencialmente a describir las condiciones de salud o patología bucal y a tratar de establecer las necesidades odontológicas en la población desmovilizada de la URNG.

III. JUSTIFICACION

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 a los excombatientes concentrados en los diferentes campamentos de desmovilización.

Los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala estando conscientes 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 para orientar las acciones a seguir en un futuro inmediato.

Por tal motivo dichas necesidades odontológicas (operatoria, exodoncia, periodoncia, prótesis fija, prótesis parcial removible y 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.

IV. REVISION DE LITERATURA

A. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

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 de un escandaloso fraude electoral, las protestas civiles desarmadas se reprimieron salvajemente con fusiles en un contexto mundial de guerra fria. (37)

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 consciencia de clase de los sectores dominados o sus formas de organización, aunque parece evidente que las otras forma de lucha social no habian sido agotadas .(5)

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. (5)

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:

1. 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.
2. 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.
3. Descontento contra el gobierno de 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.(5)

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 cimientos, 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 Ex-Ministro de la Defensa en tiempo de Jacobo Arbenz., Carlos Paz Tejada efectuado en Concuá, Baja Verapaz; y el de un hermano de Yon Sosa, sin embargo ambos fracasan en sus intentos.(24, 25, 37))

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 provenía de las clases populares.(5)

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 esos tres años ésta creció.(22)

Los insurgentes formaron 6 agrupaciones en diferentes épocas:

El Partido Guatemalteco del Trabajo -PGT- fundado en 1949

El Movimiento Revolucionario 13 de Noviembre -MR-13-, 1961

Fuerzas Armadas Rebeldes o -FAR- fundada en 1962 por Pablo Monsanto
 Organización del Pueblo en Armas -ORPA- fundada en 1971 por Gaspar Ilom
 Ejército Guerrillero de los Pobres -EGP- fundado en 1972 por Rolando Moran
 Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca -URNG- fundada en 1980 (6)

En el periodo 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: se efectuó un intento de constituir un frente único, que ampliará el apoyo político a la guerrilla, llamado FUR. A partir de 1964 se presenta una facción divisionista de tendencia trostkista de la IV Internacional la cual influye en el frente guerrillero de Yon Sosa, por medio de Francisco Amado, por eso dicho comandante se separó de las FAR y continuó operando independientemente con el nombre de Movimiento Rebelde 13 de Noviembre.(5)

La contracción de los dos periodos 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, 37)

En 1970 la guerra empieza a tomarse 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, la 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 Spretti, ante la negativa del gobierno de Méndez Montenegro de intercambiarlo por insurgentes retenidos(38).

Los años que van de 1968 al 73 señalan un mantenimiento del terror y del declive de la guerrilla. Las FAR realizaron dos intentos de retomar la iniciativa, el primero el 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 y 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 campamento 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.(5).

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 para apoyar institucionalmente a su elegido. Así asumieron el poder los generales: Carlos Arana Osorio, Kjell Eugenio Laugerud García y Fernando Romeo Lucas García.(38)

En el período de la presidencia del general Kjell Eugenio Laugerud García (1974-78) no se repitió el esquema de olas de terror aunque sí se produjeron asesinatos selectivos, como las del abogado laboralista Mario López Larravé, del secretario general de 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 del EGP y el de Chiquimula.(5,11)

En 1978 dos nuevas organizaciones denominadas Ejército Guerrillero de los Pobres EGP y la Organización del Pueblo en Armas ORPA 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 100 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.(37)

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 las fuerzas de seguridad intentan desalojarlos, lanzando bombas de fósforo blanco, de inmediato estallan bombas Molotov y el inmueble estalla en llamas (37, 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.(11)

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 casi un millón de integrantes.

En 1983 Efraín Ríos Mont es derrocado y asume el poder el general Oscar Humberto Mejía Víctores, convocando a una Asamblea Constituyente para elaborar una nueva constitución política de la República y programa elecciones generales para 1985.

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

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 guatemalteco Danilo Barillas.

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

1. Comisión Nacional de Reconciliación -CNR-

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 Permuth logra la firma del acuerdo para la búsqueda de la Paz, por medios políticos.(12, 37)

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

a) El Proceso de Contadora

- i. Nace el grupo y presenta su propuesta de paz el 9 de enero de 1983.
- ii. Los presidentes del istmo aceptan la propuesta el 9 de septiembre de 1983.
- iii. La ONU apoya al grupo de Contadora el 11 de Noviembre de 1983.
- iv. Contadora presenta su primer Acta de Paz el 15 de abril de 1984.
- v. Contadora presenta la última versión de Acta de Paz el 6 de Junio de 1986.

b) La negociación indirecta comprende:

- i. Primera reunión de presidentes de C.A. Esquipulas I, el 15/Mayo/1986.
- ii. Procedimiento para establecer la paz firme y duradera en Esquipulas II el 7/Jul/87
- iii. Garita de Alajuela. Evaluar la amnistía y democratización el 16/Julio/1988.

- iv. Comisión Nacional de Reconciliación -C.N.R.- y diálogo nacional el 7/Nov/88 Comisión Nacional de Reconciliación -C.N.R.- logra que Gobierno y URNG firmen. Acuerdo de Oslo (paz por medios políticos), el 30/Marzo/1990.

* **Nota:** la Comisión Nacional de Reconciliación -CNR- esta formada por: El Gobierno, la Iglesia Católica, Partidos Políticos, Ciudadanos Notables, Organizaciones de Trabajadores, Organizaciones Empresariales, Organizaciones Cooperativas, Universidades, Colegios Profesionales, Iglesias, Cultos y otras denominaciones religiosas.

c) En el Acuerdo de Oslo se originaron algunas instancias entre ellas:

- i. El Escorial o Instancia Política en junio de 1990.
- ii. Ottawa o Instancia del Sector Empresarial -CACIF- en septiembre de 1990.
- iii. Quito o Instancia Religiosa en septiembre de 1990.
- iv. Metepec o Instancia Sindical y Popular en octubre de 1990.
- v. Atlixco o instancia Académica, Profesional y pequeña empresa en Oct./1990..

d) La Negociación Directa Comprende:

- i. El presidente Serrano Elías presenta su plan de Paz Total a la ONU, Enero 1991.
- ii. Gobierno y URNG acuerdan la agenda y el procedimiento para desarrollar la negociación, abril 1991
- iii. URNG y Gobierno firman el Acuerdo Marco para la Búsqueda de una Paz Total por medios políticos, ACUERDO DE QUERETARO, junio 1991.
- iv. URNG propone el documento: Una Paz Justa y Democrática, Contenido de la Negociación, mayo 1993.
- v. Gobierno propone documento: La Paz no es solo la Ausencia de Guerra sino Creación del Conjunto de Condiciones que le Permitan al Hombre Vivir sin Angustias ni Temores, junio 1992.

e) Los seis acuerdos que corresponden a la negociación complementaria firmados por el gobierno de Ramiro de León Carpio son:

- i. Acuerdo Marco para la reanudación del proceso de negociación entre el Gobierno y la URNG, México, enero 1994.

- ii. Acuerdo Global sobre Derechos Humanos, México, marzo 1994.
 - iii. Acuerdo de calendarización de la negociaciones para una paz firme y duradera en Guatemala, México, marzo 1994.
 - iv. Acuerdo sobre el Reasentamiento de las Poblaciones Desarraigadas por el Enfrentamiento Armado, Oslo, junio 1994.
 - v. 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.
 - vi. Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas, México, 31 de Marzo de 1995.
- f) **Los puntos básicos del Acuerdo Marco son:**
- i. Temario de la negociación.
 - ii. Moderación de las negociaciones bilaterales.
 - iii. * Asamblea de la Sociedad Civil (ASC).
 - iv. Papel de la países amigos (Colombia, USA, México, Noruega y Venezuela.)
 - v. Procedimientos.
 - vi. Mecanismos de verificación.

* La ASC estaba integrada por: Cinco diputados por cada instancia (Escorial, Ottawa, Quito, Metepec y Atlixco cinco representantes Mayas, Mujeres, ONG's, Periodistas, Centros de investigación y Organización de Derechos Humanos.

2. Temas Discutidos en la Asamblea de la Sociedad Civil -ASC-

Los seis 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 y Función del Ejército en una Sociedad Civil, Reforma Constitucionales y Régimen Electoral..

a) Los puntos que regula el Acuerdo Global sobre Derechos Humanos son:

- i. Compromiso general con los Derechos Humanos.
- ii. Fortalecimiento de las instancias de protección de los derechos humanos.
- iii. Compromiso en contra de la impunidad.
- iv. Compromiso de que no existan cuerpos de seguridad ilegales y aparatos clandestinos y
- v. regulación de la portación de armas.
- vi. Garantías para las libertades de asociación y movimiento.
- vii. Conscripción militar.
- viii. Garantías y protección a las personas y entidades que trabajan en la protección de los derechos humanos.
- ix. Resarcimiento y/o asistencia a las víctimas de violencia de los derechos humanos.
- x. Verificación de la ONU (MINUGUA).

b) El acuerdo de Reasentamiento de las Poblaciones Desarraigadas por el Enfrentamiento Armado comprende:

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

c) 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:

- i. Finalidades.
- ii. Integración.
- iii. Compromiso de las partes.
- iv. Medidas de ejecución inmediata después de la firma del presente acuerdo.
- v. Periodo.
- vi. Funcionamiento Instalación y duración.
- vii. Informe.
- viii. Verificación internacional.

d) El Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas comprenden:

- i. Identidad de los pueblos indígenas.
- ii. Lucha contra la discriminación.
 - Lucha contra la discriminación legal y de hecho.
 - Derecho de la mujer indígena
 - Instrumentos internacionales.
- iii. Derechos culturales:
 - Idioma.
 - Nombres, apellidos y toponimia.
 - Espiritualidad.
 - Templos, centros ceremoniales y lugares sagrados.
 - Uso del traje.

- Ciencia y tecnología.
 - Reforma educativa .
 - Medios de comunicación masiva.
- iv. **Derechos civiles políticos sociales y económicos:**
- Marco constitucional.
 - Comunidades y autoridades indígenas locales.
 - Regionalización.
 - Participación a todos los niveles.
 - Derecho consuetudinario.
 - Derecho relativos a tierras de los pueblos indígenas.
- v. **Comisiones paritarias:**
- vi. **Recursos**
- vii. **Disposiciones finales.**
- e) Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria:**
- i. **Democratización y desarrollo participativo.**
- Participación y concertación social.
 - Participación de la mujer en el desarrollo económico y social.
- ii. **Desarrollo social:**
- Educación y capacitación.
 - Salud
 - Seguridad social.
 - Vivienda.
 - Trabajo

iii. 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

iv. Modernización de la gestión pública y política fiscal:

- Modernización de la administración pública.
- Política fiscal.

f) Acuerdo sobre Fortalecimiento del Poder Civil y Función del Ejército en una Sociedad Democrática:

- i. El estado y su forma de gobierno.**
- ii. El organismo legislativo.**
- iii. Sistema de justicia.**
- iv. Organismo ejecutivo:**
 - Agenda de seguridad.
 - Seguridad pública.
 - Ejército
 - Presidencia de la república
 - Información e inteligencia.

- Información e inteligencia.
- Profesionalización del servidor público.
- v. Participación social.
- vi. Participación de la mujer en el fortalecimiento del poder civil.
- vii. Aspectos operativos derivados de la finalización del enfrentamiento armado. (1, 2, 6, 8, 11, 15, 20, 22)

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 incorporación de los excombatientes de 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 debe ser 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 conformación 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 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 abandonara los campamentos en cada uno de tres periodos: 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 (36).

Durante su estancia en los campamentos los excombatientes debían ser 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.(12, 16)

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

Después del 29 de diciembre sólo habrá concluido 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 representante de la paz, en función

3. Facultad de Odontología

En Enero de 1997, una comisión de 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 estaba 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.** (39)

Los Odontólogos Practicantes solicitados a la Facultad de Odontología debían de llenar ciertos requisitos como el ser voluntarios, disponer de 60 días en los cuales se programarán 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.(36)

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:

a) Apoyar la participación de la Facultad de Odontología en el Proceso de Paz, integrándose el equipo multidisciplinario que participará en el programa Extraordinario de Salud en los campamentos de la URNG.

b) Que los estudiantes que voluntariamente se integren en ese programa que permanescan 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:

i. 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

Los Odontólogos Practicantes que optaron por esta fueron:

O.P Juan Carlos Villegas	O.P María del Rosario Batres
O.P Luis Paredes	O.P Carolina Arango
O.P Marcia Roulet	O.P Adrián Alvarado
O.P Rubén Sagarmínaga	O.P María Monzón
O.P Luisa Ramírez	

ii. 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.(39)

Los Odontólogos Practicantes que optaron por ésta opción fueron:

O.P Mildred Tatiana Herrera España	O.P Arturo Castillo
O.P Vanessa Karla Paola Noguera Morales	O.P Sandra Aguilar
O.P Lidia Waleska Tejaxún Campos	O.P Delita Tonti
O.P Neyda Yesenia Zuleta Bonilla	O.P Byron Olivar
O.P Juan Ignacio Asencio	O.P Julio Anleu
O.P Léster Molina	O.P José Juárez
O.P Rudy Ramírez	O.P Sara Sandoval
O.P Cesar Roulet	O.P Claudia Barrientos
O.P Rudy Ixcaraguá	O.P José Carranza
O.P Demetrio López	O.P David Batres
O.P Mario Medina	O.P Fredy Hernández
O.P Patricia Campbell	O.P Mario de León

O.P Leonel Sinal

O.P Mario Illescas

O.P Carlos Mogollón

O.P Juan Sebastián Rodríguez

O.P Wagner Monterroso

O.P Luis Carlos Herrera

4. Taller Plan Diagnóstico

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:

- i. Orientar sobre el Plan de Atención Integral, formas de ejecución, normas de atención y procedimientos de referencia y funcionamiento de salud dentro del campamento.
- ii. Orientar sobre las funciones del Equipo de Salud Interno , de la Comisión Local de Salud, el Equipo Coordinador, y el Equipo de Apoyo.
- iii. Orientar sobre los programas de vigilancia epidemiológica y saneamiento ambiental, de atención médica, salud bucal y salud mental.
- iv. Orientar sobre los talleres de Salud Mental.
- v. Acercamiento inicial entre las partes. (36)

5. Programas de Atención Integral de Salud

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:

- i. 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, sólidos y vectores
- Charlas educativas y promocionales a grupos.

ii. Programa 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.

iii. Programa de Salud Mental:

- Talleres sobre salud mental.
- Llenado de fichas de salud mental.

iv. Programa 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. (36)

6. Responsabilidades Asumidas en el Plan por las Diferentes Instituciones Participantes:

- a) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-:**
- i. Preparar, elaborar, supervisar y evaluar el Plan de Salud.
 - ii. Fortalecimiento de los servicios de salud.
 - iii. Coordinación de mecanismos de referencia.
 - iv. Procesar muestras de laboratorio.
 - v. Facilitar y asegurar la cadena fría.
 - vi. Facilitar recurso humano e insumos para fumigar.
 - vii. Asesorar al equipo coordinador y a la Comisión de Salud Local.
 - viii. Facilitar la cooperación de epidemiólogos.
 - ix. Papelería para la administración de servicios ofrecidos.
- b) Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca -URNG-:**
- i. Preparar, elaborar, supervisar y evaluar el Plan de Salud.
 - ii. Conducir a nivel del Equipo de Salud Interno la planificación, ejecución, y evaluación de las acciones de todos los programas del Plan.
 - iii. Dar atención médica directa.
 - iv. Dar seguimiento, control de calidad, mantenimiento a la red de abastecimiento de agua y al tratamiento de residuos.
 - v. Facilitar la coordinación de las instituciones a nivel local.
 - vi. Desarrollar el componente de salud mental.
- c) Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología -USAC-FO-:**
- i. Preparar, elaborar, supervisar y evaluar el Plan de Salud.

- ii. Proporcionar 39 estudiantes del 5to año de la Facultad de Odontología para atención bucal. - Aportar la mayor parte de equipo e instrumental odontológico para el trabajo.
 - iii. Supervisión de actividades de salud bucal.
- d) **Médicos del Mundo España -MDM-E-:**
- i. Preparar, elaborar, supervisar y evaluar el Plan de Salud.
 - ii. Participar en la ejecución de plan.
 - iii. Corresponsable a nivel del Equipo de Salud Interno en la planificación, ejecución y evaluación del Programa de Atención Médica.
 - iv. 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.
 - v. Movilización de personal de salud y enfermos para referencias médicas.
- e) **Médicos sin Fronteras Francia -MSF-F-:**
- i. 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.
 - ii. Capacitar al personal de mantenimiento de la red de abastecimiento de agua.
 - iii. Supervisar los campamentos para garantizar las medidas de saneamiento ambiental.
- f) **Universidad Misionera del Pobre -UMP-:**
- i. Instalar, reparar y mantener el equipo odontológico en cada campamento.

- ii. Participar en las actividades de salud bucal y dos técnicos flotantes por cada campamento.
 - iii. Suministrar compresores para el equipo odontológico.
- g) **Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud -OPS/OMS-:**
- i. Dirección técnica de las diferentes etapas del proceso.
 - ii. Preparar, elaborar, supervisar y evaluar el Plan de Salud.
 - iii. Asesorar al equipo coordinador y a la Comisión de Salud Local.
 - iv. 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 Social -MSPAS-(36)

7. **Descripción del Campamento:-**

Campamento Sacol , Nuevo Chahal, Alta Verapaz:

a) **Datos Generales:**

- Nombre: Finca Sacol
 - Situación: 15°52'60" N-89° 24'930" W/BN 4256.
 - Frente de Concentración: FAR. Regional Norte, Capitán Hernández, Frente Lucio Ramírez y Frente Panzós Heroico.
 - Número de Combatientes: 656 personas
- Divididas en :
- 90 niños
 - 95 mujeres
 - 471 hombres

b) Características:

- i. Descripción Topográfica del área en general: irregular, zona con terreno quebrado con cerros.
- ii. Descripción topográfica del punto:
 - Terreno abrupto, selva con pequeños potreros.
 - Algunas explanadas en el campamento y en el casco de la finca.
 - No se observa el campamento desde la carretera o del casco de la finca.
 - Dispone de un helipuerto improvisado por la propia guerrilla.
 - Hay 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 hay que cruzar el río con un lanchón el cual puede transportar vehículos o equipo pesado. El camino del río al campamento es transitable con vehículo ligero.

- Tomas de agua: Existe una toma natural, un nacimiento con agua limpia que se usa para los combatientes.

- Energía Eléctrica: no hay tomas eléctricas en las cercanías del punto, por lo que se utilizaron plantas eléctricas.

- Las poblaciones cercanas: Río Dulce a 40 Km., Modesto Méndez a 23 Km.

iii. Características de la guerrilla concentrada:

- El 90 % de la guerrilla no habla español sólo Kekchí.

- Un 90 % son analfabetas.

- Material del que se construyó el campamento: son cabañas construidas con troncos y el techo de palma, las paredes enrollables son de plástico para ser colocadas de noche. Las instalaciones de la clínica médica y odontológica son de madera y techo de palma.

- Alimentación: esencialmente es a base de frijol, arroz y café.

- En el campamento hubo 5 compañías cada una con un Capitán los cuales estuvieron al mando del Comandante del campamento. Fuera del campamento a 2 Km., se encontraba el Campamento de MINUGUA.(21)

c) Personal de salud e instancias de apoyo dentro del campamento Sacol:

i. *2 Médicos de URNG:* responsables del equipo de salud interno -ESI: El cual era responsable de coordinar todas las actividades de atención integral de salud, dentro del campamento.

ii. *1 Médico de Médicos del Mundo España:* el cual tenía responsabilidades a nivel del programa de atención Médica conjuntamente con los médicos de URNG.

iii. *6 Promotores de salud de URNG:* los cuales participaron en las actividades de salud, de acuerdo a su nivel: examen físico completo, salud mental, promoción y prevención.

iv. *2 Promotores dentales de URNG:* los cuales participaron en la educación en salud bucal y tratamiento odontológico.

v. *1 Técnico dental de la Universidad Misionera del Pobre:* el cual participó en educación de salud bucal, tratamiento odontológico, instalación y reparación de equipo odontológico.

vi. *6 Odontólogas practicantes de la Universidad de San Carlos :* las cuales participaron en la identificación, clasificación, examen odontológico general, ficha diagnóstica, educación en salud bucal, tratamiento dental integral y referencia de pacientes.

vii. *5 Combatientes que formaron el grupo de apoyo al ESI:* que eran los responsables de la vigilancia epidemiológica y el saneamiento ambiental.

viii. *1 Chofer logístico de Médicos del Mundo España:* el cual estaba bajo la responsabilidad directa del personal médico, recogiendo materiales, equipo y medicamentos. (36).

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

1. **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 (9,10).

La enfermedad periodontal, incluye todas las enfermedades del periodonto existiendo diferentes tipos, considerando los cambios patológicos como inflamatorios, degenerativos o neoplásicos (4).

a) **PERIODONTITIS:** Enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte, caracterizada por reabsorción de la cresta interdientaria y bolsas periodontales (10). 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:

i. *Periodontitis marginal* en la cual la destrucción de los tejidos periodontales, inflamación formación de bolsas y pérdida ósea es causada por la placa bacteriana.

ii. *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.

iii. *Periodontitis ulcerosa* necrosante, por lo general es una secuela destructiva avanzada de la gingivitis ulcero necrosante aguda. (4)

b) **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. (4).

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

i. *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.

ii. *Etapa II:* conforme pasa el tiempo, aparecen signos clínicos de eritema, también puede presentarse hemorragia durante el sondeo.

iii. *Etapa III:* en esta 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 (4).

2. **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, 28)

3. **CARIES DENTAL:** Es una degeneración progresiva y localizada de los dientes, que se inicia 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, streptococcus mutans, colonias de cocos, sanguis, especies de lactobacillus, actinomyces viscosus, streptococcus salivarius, actinomyces naeslundii, bacteroides y espiroquetas. (9,32)

4. **PROTESIS TOTAL:** Rama de la prótesis dental que reemplaza la pérdida total de los dientes naturales en ambas arcadas o solamente en una. (9, 29)

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. (29)

5. **PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE:** Es la rama de la prótesis dental que trata el 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 del paciente, siendo sus indicaciones: la longitud del espacio edéntulo que contraindique el uso de prótesis fija, ausencia de dientes posterior 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 de el reborde residual, necesidad de reemplazar los dientes inmediatamente después de su extracción.(20, 33, 34)

6. EXTRACCION DENTARIA: Es extraer un diente o muela de su posición o alvéolo (10). Piezas que presenten destrucción dentaria severa y/o destrucción de dos o más superficies dentales, con dolor agudo y movilidad, restos radiculares con o sin sintomatología, piezas dentales incluidas o supernumerarias, en condiciones periodontales agudas o crónicas las cuales no pueden ser tratadas periodontalmente, traumatismo y proceso patológico. (9, 40)

7. 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.(26, 33, 35)

8. PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD BUCAL:

La prevención en Odontología esta dividida en cinco niveles:

a) Primer Nivel Promoción de la salud

Este nivel es inespecífico, es decir, no está dirigida hacia la prevención de ninguna enfermedad en particular y comprende todas las medidas encaminadas a mejorar la salud general del individuo. Ejemplo de estas medidas son: nutrición óptima, vivienda saludable etc..

b) Segundo Nivel Protección Específica:

Son una serie de medidas para la prevención de la aparición, o recurrencia de una enfermedad en particular. Entre estos ejemplos se pueden mencionar:

- Las Vacunas

- El control de placa bacteriana para la prevención de la caries y enfermedad periodontal

- Fluoración: la constituye una serie de procedimientos caracterizados por la ingestión de flúor, el más común de estos procedimientos es el consumo de aguas que contienen cantidades óptimas de flúor naturalmente, o que han sido enriquecidas mediante la adición de flúor hasta el nivel deseado. Existen otras vías para la administración sistémica de flúor, como la adición de flúor a la leche, cereales, sal, el uso de pastillas y soluciones de flúor.

c) Tercer Nivel Diagnóstico y Tratamiento Precoz:

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. En la práctica diaria de la Odontología los objetivos enunciados a continuación pueden ser alcanzados solo por medio de un programa clínico cuidadosamente planeado y adaptado a las necesidades y características de cada paciente.

Pasos para realizar un buen diagnóstico:

- 1 Introducción del paciente a los principios, objetivos y responsabilidades de la odontología preventiva.
- 2 Diagnóstico clínico, radiográfico y etiológico.
- 3 Plan de tratamiento
- 4 Presentación al paciente del diagnóstico y plan de tratamiento.
- 5 Educación e instrucción del paciente.
- 6 Tratamiento restaurativo y preventivo
- 7 Control posterior del paciente.

d) **Cuarto Nivel:**

i. **Limitación de la Incapacidad:** este nivel incluye medidas que tienen como fin limitar el grado de incapacidad producido por la enfermedad. El enfoque preventivo requiere el uso de sesiones de consejos ayudas visibles demostraciones de cepillado dentario, uso de la seda dental, aplicaciones tópicas de flúor y sistemas recordatorios, al igual que el uso de fresa de carburo, instrumento de diamante, amalgama, silicato y otros. Como parte de la odontología restauradora tenemos: prevención de restauraciones defectuosas, prevención de caries recurrente, prevención de la pérdida de vitalidad pulpar, prevención de la pérdida del diente.

e) **Quinto Nivel:**

i. **Rehabilitación:** 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.

El ideal de la odontología preventiva, como parte de prevención en general, es actuar lo más temprano posible en la evolución de la enfermedad, a los efectos de impedir su iniciación o progreso. (18).

V. OBJETIVOS

A. GENERALES

- 1.- Diagnosticar el estado de salud bucal de los excombatientes de URNG, en la fase de desmovilización de los campamentos.
- 2.- Implementar acciones de promoción, prevención y tratamientos dirigidos a controlar el proceso de las enfermedades bucales más comunes de los excombatientes.

B. ESPECIFICOS

- 1.- Evaluar y determinar a través del examen clínico de la cavidad bucal la presencia de caries, enfermedad periodontal, necesidad de prótesis parcial, fija y total, espacios edéntulos, restauraciones presentes y piezas indicadas para extracción..
- 2.- Cuantificar las necesidades de tratamiento dental de acuerdo a criterios del plan de tratamiento establecidos por URNG.
- 3.- Establecer campañas educativas, para la promoción de la salud bucal.
- 4.- Brindar la atención mínima curativa del daño odontológico mediante acciones preventivas y de curación de los tejidos duros y blandos al 60 % de los excombatientes de los campamentos.

VI. VARIABLES

A. DEFINICION DE VARIABLES:

1. SEXO: Condición psico-biológica que distingue varón de hembra (hombre- mujer).
{7}
2. EDAD: Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha actual. {7}
3. DIAGNOSTICO: Identificación de una enfermedad mediante la evaluación científica de sus signos físicos, sus síntomas, su historia clínica, los resultados de pruebas analíticas y otros procedimientos. {7}
4. ETNIA: Agrupación natural de individuos de igual cultura que admite grupos raciales y organizaciones sociales varias. (7)

B. INDICADORES DE LAS VARIABLES:

1. SEXO: Se determinó por observación, en base a las características físicas generales de cada sexo, diferenciándolas entre masculino y femenino.
2. EDAD: Se anotó lo que el entrevistado refiere en años cumplidos hasta la fecha actual.
3. DIAGNOSTICO: Toda alteración del patrón normal que constituye un hallazgo clínico se anotó aquí, basado en la inspección, palpación y sondeo periodontal, determinando así la presencia de caries dental, enfermedad periodontal, exodoncia y presencia de espacios edéntulos determinando así la restauración - o el tipo de prótesis a diseñar (prótesis fija, prótesis total y prótesis removible), clasificando a los pacientes según severidad de dolor dental destrucción e inflamación gingival, en rojo, amarillo, verde y blanco..
4. ETNIA: Se clasificó a los pacientes como: indígenas y ladinos, de acuerdo al grupo étnico que pertenecen.

VII. METODOLOGIA

A. **POBLACION:**

El estudio se realizó en la población general de excombatientes de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG) por campamento, concentrados en 8 lugares durante el período de desarme y desmovilización.

La población de este estudio estuvo integrada por el 18% (102), de la población total (566) de excombatientes de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG), concentrados en el campamento Sacol, Alta Verapaz, durante el período de desarme y desmovilización

B. **INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Se utilizó una ficha clínica diseñada especialmente para este fin, conteniendo cada una de las variables en estudio. (Anexo No. 1) Esta ficha contiene:

1. **DATOS GENERALES:** los cuales fueron obtenidos interrogando al paciente sobre: nombre, edad, sexo, escolaridad, etc
2. **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, haciendo su anotación en color rojo..
3. **HISTORIA ODONTOLOGICA ANTERIOR:** En ella se anotaron los problemas dentales que el paciente ha relatado, si ha tenido visitas previas al dentista, etc..
4. **DIAGNOSTICO:** Toda alteración del patrón normal que constituye un hallazgo clínico se anoto aquí, basado en la inspección, palpación, sondeo periodontal e interrogatorio al paciente.

En el odontograma se anotaron los hallazgos clínicos encontrados en el proceso del examen bucal, señalando la localización específica de los mismos.

Incluye un plan de tratamiento en donde se hizo un listado de tratamientos requeridos por el paciente en el campo odontológico en el orden de prioridad presente.

Parámetros para la realización del diagnóstico:

a) Periodoncia

Índice Periodontal de Necesidades de Tratamiento de la Comunidad..

En 1997 la unidad de Salud Bucal de la Organización Mundial de la Salud junto con la FDI dió inicio a la creación de un método internacional de evaluación de las necesidades de tratamiento periodontal. Este método es simple y rápido, (1 a 3 minutos).

Para registrar los datos se utilizó una sonda periodontal y se tomaron los siguientes aspectos.

Toda la dentición se divide en seis segmentos, como unidades básicas de examen para el registro de las necesidades de tratamiento. Para que participe en el registro el sextante debe tener por lo menos 2 dientes en función. Si existe solamente un diente su registro se incluye en el sextante adyacente.

En la presente encuesta epidemiológica se examinaron 12 piezas

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

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

Código X: ausencia de piezas en el sextante.

Código 0 : Periodonto sano..

Código 1: en el sextante no existen bolsas periodontales, ni sarro y si se observa hemorragia, el paciente solo necesita instrucciones para mejorar su higiene bucal.

Código 2: indica un sextante en el que ningún sondeo excede a los 3 mm de profundidad, pero se encuentran cálculos durante el sondeo, el paciente necesita detartraje y mejorar su higiene bucal.

Código 3: la profundidad de la bolsa esta entre los 4 o 5 mm, el paciente necesita detartraje y mejorar su higiene bucal.

Código 4: indica un bolsa de 6 mm o más de profundidad, el sextante necesita de tratamiento complejo es decir detartraje profundo, curetaje e incluso cirugía.

Para registrar los resultados solo se toma en cuenta el código máximo por sextante, por lo que el código más alto, requerirá las necesidades de tratamiento de los códigos menores.

Las terceras molares solamente se consideran cuando reemplazan la función de las segundas molares. Las piezas indicadas para extracción no se toman en cuenta. (36)

b) Caries:

Se diagnosticó por examen clínico verificando con el explorador la presencia de cavidad, irregularidad del esmalte y cambio de coloración, clasificándolas según la superficie donde se localiza en: clase I (en caras oclusales de molares y premolares, caras bucales y linguales de molares y anteroposteriores), clase II (cuando la caries tiene asiento en la superficie proximal, debiendo incluirse en ésta la cara oclusal aunque ésta se encuentre sana en molares y premolares), clase III (en las caras proximales de los dientes anteriores a partir de la cara distal del canino) clase IV (en caras proximales de dientes anteriores cuando está comprometido el borde incisal de la pieza), clase V (en el tercio gingival de cualquier pieza), clase VI (en el borde incisal de las piezas anteriores). (3)

c) Exodoncia:

Por destrucción dentaria severa, destrucción de dos o más superficies dentales, movilidad excesiva, restos radiculares, traumatismo y dolor. (40)

d) Prótesis Fija:

Se determinó para arcadas parcialmente edéntulas, de una o más piezas, con una unión rígida intermedia. Indicada en piezas sanas periodontalmente, espacio edentulo unilateral, corto y recto.

e) **Prótesis Removible:** cuando el espacio desdentado no se encuentre limitado en ambos extremos por dientes, espacios largos, pilares deficientes.(34)

f) **Prótesis Total:** cuando una o ambas arcadas se encuentren totalmente edéntulas. (29).

g) **Criterios del Plan de Tratamiento de las Afecciones Bucales para la Población Meta (60%), establecidas por la URNG.**

Se clasificaron los pacientes según severidad del dolor dental, destrucción severa de tejidos duros o severa inflamación gingival de acuerdo al siguiente código de colores.

ROJO: caso urgente de tratamiento inmediato

AMARILLO: caso con algunas urgencias de tratamiento

VERDE: con patología a tratar en etapa posterior

BLANCO: piezas sin caries ni patología de tejidos blandos.

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

-Priorizar 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 dos o más superficies sin afección pulpar.

2. -Para identificar las piezas de exodoncia, se priorizó 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. -Se priorizaron los tratamientos periodontales de acuerdo a:

- Pacientes que presenten encía con inflamación, presencia de cálculos y sangrado. (36)

VIII ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADRO 1

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA DIAGNOSTICADA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA EN EL CAMPAMENTO SACOL, ALTA VERAPAZ, EN EL AÑO DE 1997, SEGUN EDAD ;Y SEXO.

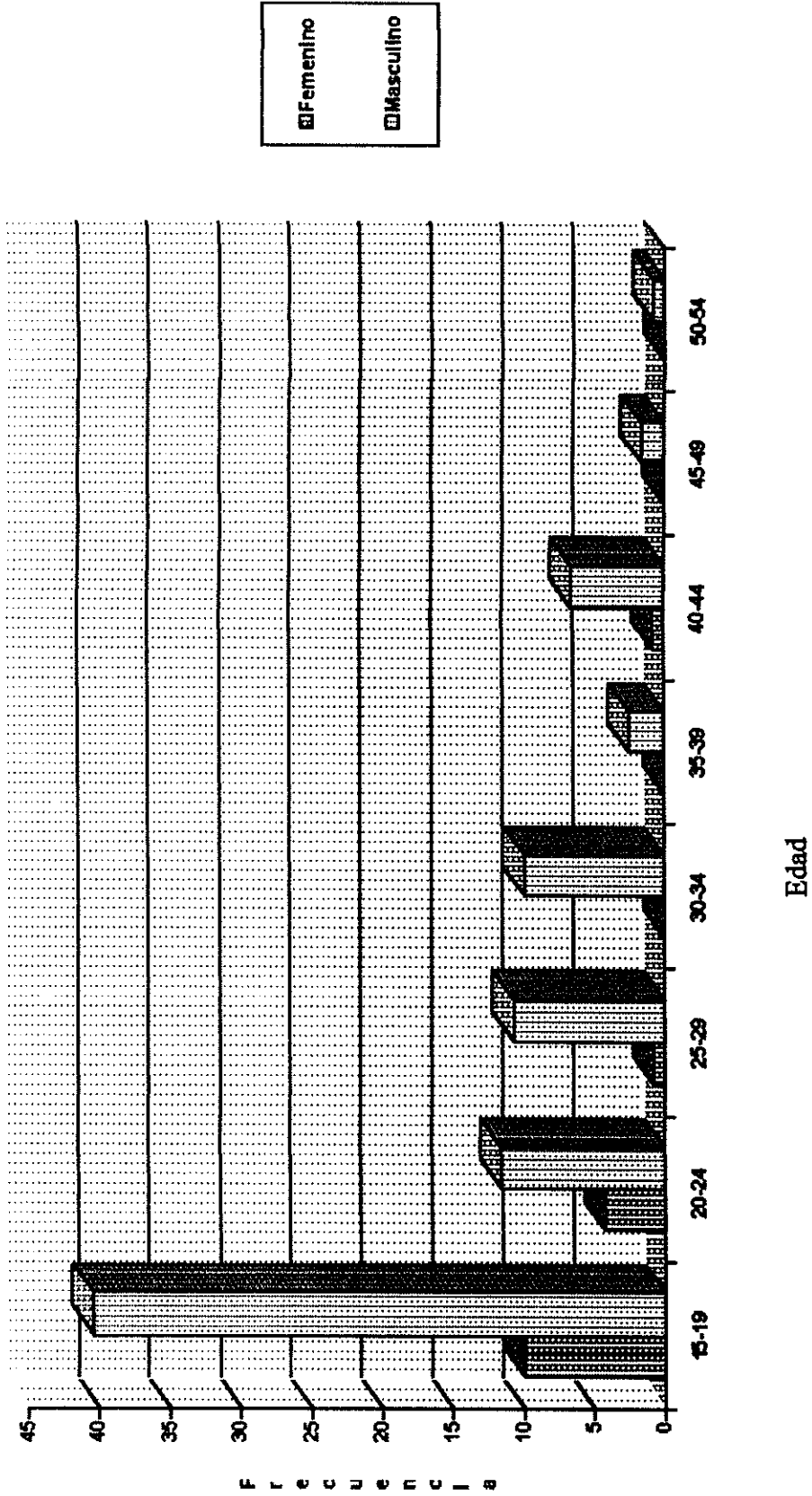
EIDADES	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No.	%.
15 - 19	12	10	49	40.5	61	50.4
20 - 24	5	4.2	14	11.6	19	15.7
25 - 29	1	0.8	13	10.7	14	11.6
30 - 34	0	0	12	9.9	12	9.9
35 - 39	0	0	3	2.5	3	2.5
40 - 44	1	0.8	8	6.6	9	7.4
45 - 49	0	0	2	1.6	2	1.7
50 - 54	0	0	1	0.8	1	0.8
Total	19	15.8	102	84.2	121	100

Fuente: datos obtenidos de la investigación de campo

Al comparar el cuadro anterior se observa que la mayor parte de la población (66.1%) fueron adolescentes y adultos jóvenes, debido a que estos después de que masacraron a sus familiares o los despojaron de sus tierras, posiblemente entre las pocas oportunidades que les quedaron fue la de unirse a la guerrilla.

GRAFICA 1

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA DIAGNOSTICADA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA EN EL CAMPAMENTO SACOL, ALTA VERAPAZ, EN EL AÑO DE 1997, SEGUN EDAD; Y SEXO.



CUADRO 2

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA DIAGNOSTICADA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO SACOL, ALTA VERAPAZ, EN EL AÑO DE 1997, SEGUN ETNIA Y SEXO.

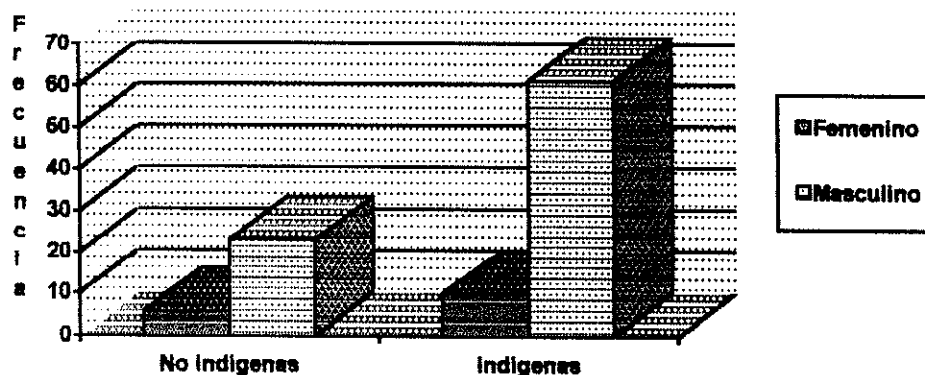
Etnia	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
No Indígenas	7	5.7	28	23.1	35	28.9
Indígenas	12	9.9	74	61.2	86	71.1
Total	19	15.7	102	84.3	121	100

Fuente: Datos obtenidos durante la investigación de campo.

En el cuadro anterior se observa que el 71.1 % de la población es indígena, sobre un 28.9 % de ladinos, lo cual se debe a que este grupo étnico es el más representativo de la región de Alta Verapaz y se mantuvo marginado en todos los años de violencia.

GRAFICA 2

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA DIAGNOSTICADA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO SACOL, ALTA VERAPAZ, EN EL AÑO DE 1997, SEGUN ETNIA Y SEXO.



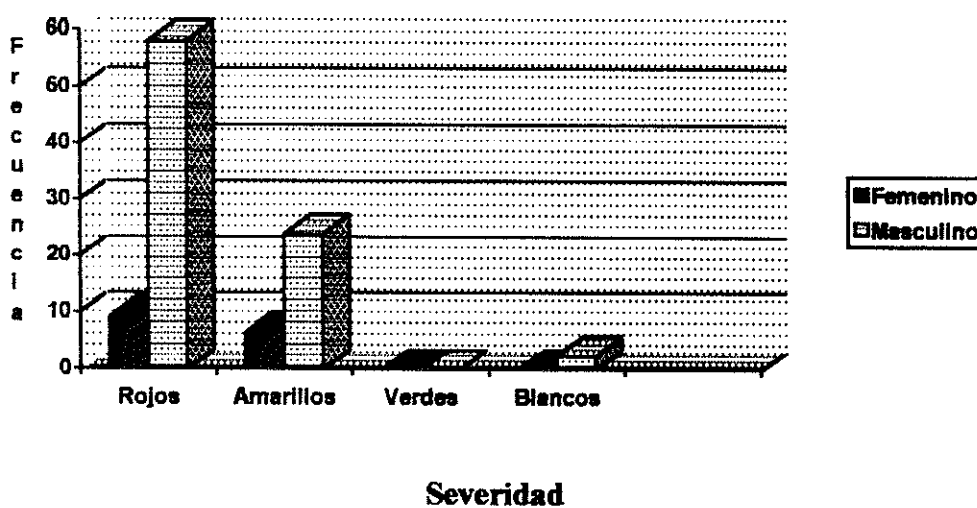
CUADRO 3
DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA DIAGNOSTICADA
DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG
A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO SACOL, ALTA VERAPAZ,
EN EL AÑO DE 1997, SEGUN SEXO Y SEVERIDAD.

Severidad	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Rojos	11	9.1	70	57.9	81	66.9
Amarillos	8	6.6	29	24	37	30.6
Verdes	0	0	0	0	0	0
Blancos	0	0	3	2.5	3	2.5
Total	19	15.7	102	84.4	121	100

Fuentes: Datos obtenidos durante la investigación de campo.

En el cuadro anterior se observa que en cuanto a severidad el 66.9 % de la población tanto del sexo femenino como del masculino el color rojo con urgencia de tratamiento es el que predominó, sin embargo los hallazgos encontrados reflejan un estado de salud que se podría caracterizar como normal dentro de la comunidad Guatemalteca.

GRAFICA 3
DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA DIAGNOSTICADA DURANTE
LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA
VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO SACOL, ALTA VERAPAZ,
EN EL AÑO DE 1997, SEGUN SEXO Y SEVERIDAD.



CUADRO 4

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA DIAGNOSTICADA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO SACOL, ALTA VERAPAZ, EN EL AÑO DE 1997; POR CODIGOS DE TRATAMIENTO INDICADOS POR EL I.C.N.T.P*. POR SEXTANTE.

Sextante	Códigos					Total
	X	1	2	3	4	
1	2	28	64	23	4	121
2	2	29	55	31	4	121
3	0	25	68	20	8	121
4	4	20	53	37	7	121
5	1	23	33	47	17	121
6	5	30	40	43	3	121
Total	14	155	313	201	43	726
%	2	21.3	43.1	27.7	5.9	100

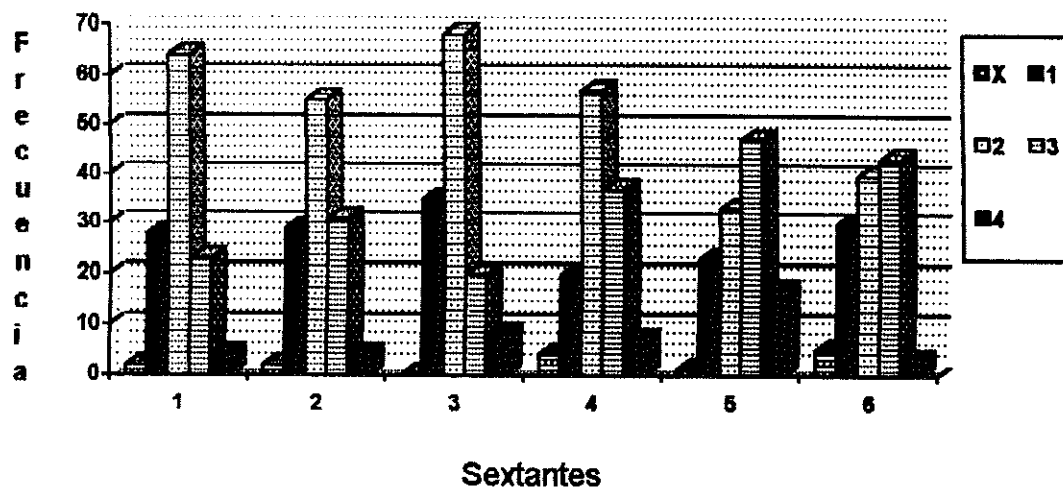
Fuente de datos obtenidos de la investigación de campo.

* Índice Comunitario de Necesidades de Tratamiento Periodontal.

Se observa que se evaluó un total de 726 sextantes de los cuales en 14 sextantes (2 %) hay ausencia de piezas, 155 sextantes (21.3 %) presentaron como necesidad de tratamiento periodontal el código 1 (el paciente solo necesita mejorar la higiene bucal); 313 sextantes (43.1%) presentaron como necesidad de tratamiento código 2 (detartraje supragingival y mejorar su higiene bucal); 201 sextantes (27.7 %) para el código 3 (detartraje subgingival y mejorar su higiene bucal); 43 sextantes (5.9 %) para el código 4 (detartraje profundo, curetaje o intervención quirúrgica).

GRAFICA 4

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA DIAGNOSTICADA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO SACOL, ALTA VERAPAZ, EN EL AÑO DE 1997; POR CODIGOS DE TRATAMIENTO INDICADOS POR EL I.C.N.T.P* POR SEXTANTE.



CUADRO 5

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA DIAGNOSTICADA EN LA FASE DE DESMOVLIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO SACOL ALTA VERAPAZ EN EL AÑO DE 1997 SEGUN LA SUPERFICIE DONDE SE LOCALIZA LA CARIES EN: CLASE I CLASE II CLASE III, CLASE IV, CLASE V CLASE VI..

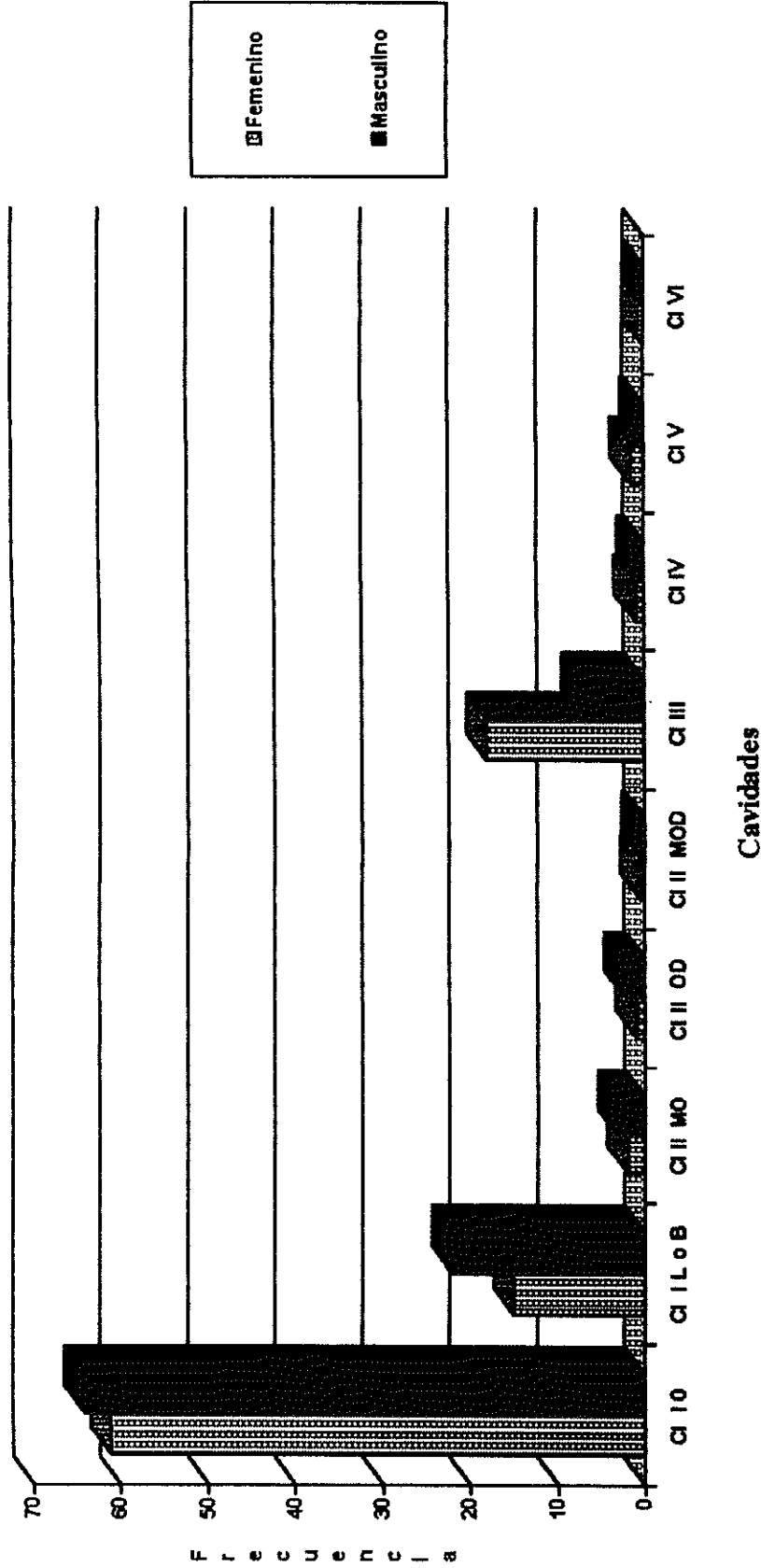
SUPERFICIE CON CARIES	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Cl I 0	125	61	565	64	690	64
Cl I L o B	30	15	193	22	223	20
Cl II MO	4	2	27	3	31	3
Cl II OD	2	1	21	2.3	23	2
Cl II MOD	1	0.5	4	0.4	5	0.5
Cl III	36	18	63	7.1	99	9
Cl IV	2	1	8	0.8	10	0.9
Cl V	3	1.5	3	0.3	6	0.5
Cl VI	0	0	1	0.1	1	0.09
Total	203	100	885	100	1088	100

Fuente: datos obtenidos de la investigación de campo

La caries de una superficie (clase I) es la que predominó en un 64 % lo cual posiblemente se debe a que esta comunidad permaneció aislada, teniendo una dieta baja en carbohidratos

GRAFICA 5

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA DIAGNOSTICADA EN LA FASE DE DESMOVLIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO SACOL ALTA VERAPAZ EN EL AÑO DE 1997, SEGUN LA SUPERFICIE DONDE SE LOCALIZA LA CARIES EN: CLASE I CLASE II CLASE III, CLASE IV, CLASE V, CLASE VI..



Cavidades

CUADRO 6

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA DIGNOSTICADA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO SACOL, ALTA VERAPAZ, EN EL AÑO DE 1997, CLASIFICANDOLOS DE ACUERDO A SEXO Y ESPACIOS EDENTULOS. SEGUN LOS PARAMETROS DE LAS DIFERENTES PROTESIS.

Prótesis	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
PPF	10	12.3	60	74.1	70	86.4
PPR	2	2.5	8	9.9	10	12.4
PT	1	1.2	0	0	1	1.2
Total	13	16	68	84	81	100

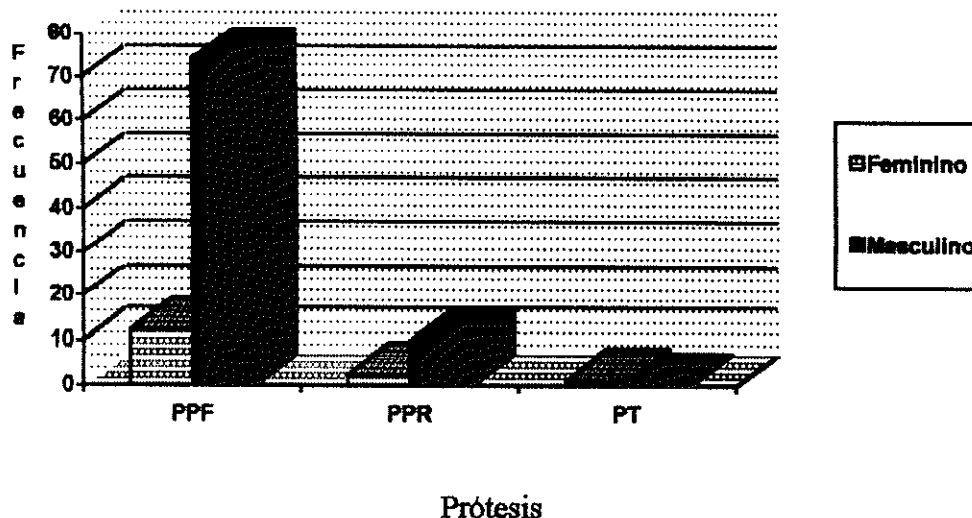
Fuente: Datos obtenidos durante la instigación de campo.

PPF: prótesis parcial fija PPR: prótesis parcial removible PT prótesis total

El 86.4% del total de las prótesis corresponde a prótesis fija, lo cual se debe a la poca pérdida de piezas dentarias debido a la dieta baja en carbohidratos, basándonos en lo anterior la prótesis total representa solo el 1.2 % dentro del total de necesidades.

GRAFICA 6

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA DIGNOSTICADA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO SACOL, ALTA VERAPAZ, EN EL AÑO DE 1997, CLASIFICANDOLOS DE ACUERDO A SEXO Y ESPACIOS EDENTULOS. SEGUN LOS PARAMETROS DE LAS DIFERENTES PROTESIS.



CUADRO. 7

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA DIAGNOSTICADA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA EN EL CAMPAMENTO SACOL ALTA VERAPAZ EN EL AÑO DE 1997, CLASIFICANDOLOS SEGUN No. DE EXODONCIAS NECESARIAS..

Exodoncia	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
	80	80.0	19	19.2	99	100

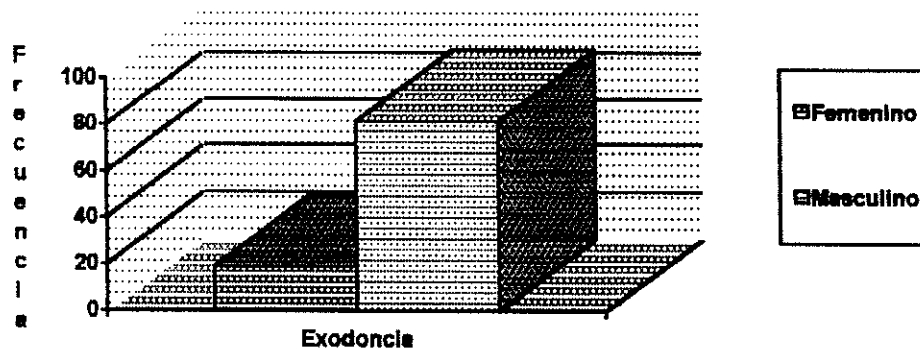
Fuente: datos obtenidos de la investigación de campo

En el cuadro anterior se observa que la piezas indicadas para extracción eran relativamente pocas, ni una pieza dental por extraer por paciente, lo cual probablemente se debe a la dieta baja en carbohidratos.

Nota: el total de pacientes de este estudio es de 121 personas.

GRAFICA 7

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA DIAGNOSTICADA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA EN EL CAMPAMENTO SACOL ALTA VERAPAZ EN EL AÑO DE 1997, CLASIFICANDOLOS SEGUN No. DE EXODONCIAS NECESARIAS..



CUADRO 8

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA ATENDIDA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO SACOL, ALTA VERAPAZ, EN EL AÑO DE 1997, RESUMEN DE LOS TRATAMIENTOS EFECTUADOS AL TOTAL DE LA POBLACION DE EXCOMBATIENTES.

Intervención	No. de trat. Realizados del presente estudio	Total de trat realizados. en el campamento	Total de Necesidades de tratamiento	% de trat. Realizados del presente estudio	Total de % cubierto
Exámenes	141	566	566	25	100
Amalgamas dentales	185	740	4914	25	15.1
Resinas compuestas	75	300	537	25	55.81
Exodoncias	64	254	456	25	46.47
Trat. Periodontal	66	263	566	25	46.46
Profilaxis	63	250	566	25	44
Aplicación de flúor	63	250	566	25	44
Charlas de educación	2	10	0	20	0
No. de pacientes con tratamiento efectuado	85	340	566	25	60

Fuente: datos obtenidos de la investigación de campo

Nota: en charlas de educación aparece 0 en la necesidad de tratamiento por no estar contemplada dentro del programa y no tener un número establecido a cumplir

Se puede observar en el cuadro anterior que en este estudio se dió tratamiento odontológica al 25 % de la población atendida, y en coordinación con los otros tres estudios realizados dentro del mismo campamento se logró cubrir al 60 % de la población, logrando cumplir así la meta programada.

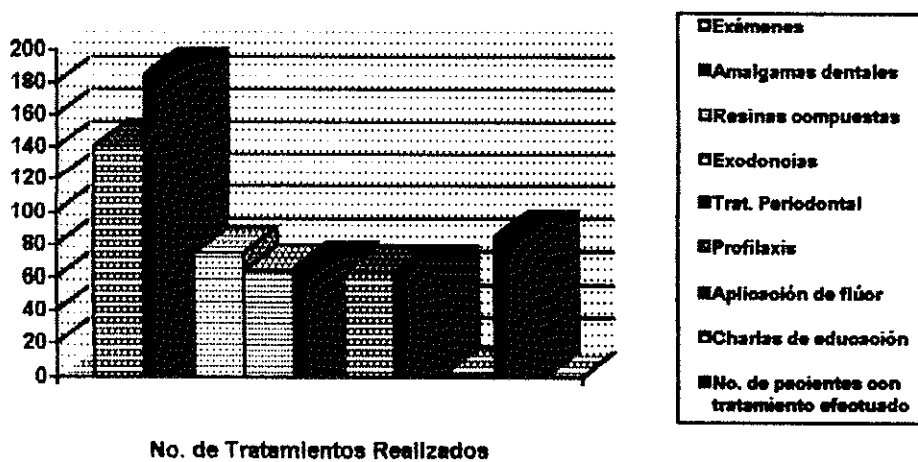
GRAFICA 8

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA ATENDIDA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO SACOL, ALTA VERAPAZ, EN EL AÑO DE 1997; RESUMEN DE LOS TRATAMIENTOS EFECTUADOS EN TODO EL CAMPAMENTO



GRAFICA 9

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ADULTA ATENDIDA DURANTE LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO SACOL, ALTA VERAPAZ, EN EL AÑO DE 1997; RESUMEN DE LOS TRATAMIENTOS EFECTUADOS EN EL PRESENTE ESTUDIO



IX. CONCLUSIONES

- 1.- La población concentrada dentro del campamento era eminentemente de adultos jóvenes; el 84.2 % de la población era del sexo masculino, mientras que el 15.8 % era del sexo femenino.
- 2.- En el presente estudio también se pudo concluir que el 71.1% de la población eran indígenas de diferentes grupos étnicos.
- 3.- En cuanto a urgencias de tratamiento predominaron los pacientes clasificados dentro del código rojo en un 66.9 % .
- 4.- Según el Índice Periodontario de Necesidades de Tratamiento Periodontal, el 43.1% de los sextantes necesitan tratamiento según el código 2, lo que indica que necesitan detartraje supragingival y mejorar su higiene bucal, que en comparación con la población general se puede considerar como normal.
- 5.- Los hallazgos encontrados reflejan la presencia de caries de una superficie en un 64%
- 6.- Durante la investigación se encontró que la prótesis que más necesitaban los excombatientes era la prótesis parcial fija en un 86.4%
- 7.- En cuanto a piezas indicadas para extracción no existía ni una pieza dental para extraer por paciente
- 8.- Se realizó el diagnóstico y se dio tratamiento al 25% de la población adulta dentro del campamento cumpliendo la meta programada.
- 9.- El estado de salud bucal de los excombatientes en general, diagnosticado durante la fase de desmovilización, fue muy favorable ya que se creía que las condiciones de salud bucal serían peores, sin embargo, los hallazgos encontrados reflejan la presencia de caries y enfermedad periodontal, en un estado que se podría catalogar como normal en la comunidad guatemalteca.

X. RECOMENDACIONES

- 1.- Facilitar la incorporación de los promotores dentales de la URNG, al sistema nacional de salud, a través de cursos y procesos apropiados de nivelación.

- 2.- Que la atención de salud oral sea continuada a los excombatientes, en función de lo cual se considera fundamental que los esfuerzos nacionales continúen enfocando al menos una parte de su atención en el seguimiento de los excombatientes

- 3.- Que la atención brindada a los excombatientes de forma integral en los campamentos sirva como un ensayo, el cual debería sistematizarse para extender dicho servicio a la población en general.

XI. LIMITACIONES

1. IDIOMA: La barrera del lenguaje fue desde el principio evidente, ya que la mayoría de la población dentro del campamento era maya hablante (Kekchí). 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 no se contó con todo el equipo necesario, y se presentaron fallas en el compresor y planta eléctrica.
4. FALTA DE INSTRUMENTAL E INSUMOS ODONTOLOGICOS: Al inicio se notó la falta de algunos materiales dentales básicos como oxido de zinc y eugenol, fresas adecuadas o la mala calidad de algunos materiales como la amalgama de plata y resina compuesta.
5. FALTA DE LUZ ELECTRICA Y AGUA POTABLE: El fluido eléctrico y el abastecimiento de agua no eran constantes al principio y esporádicamente.

XII. ANEXOS

FICHA CLINICA PARA TRATAMIENTOS ODONTOLOGICOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

ESCOLARIDAD: _____

HISTORIA MEDICA ANTERIOR: _____

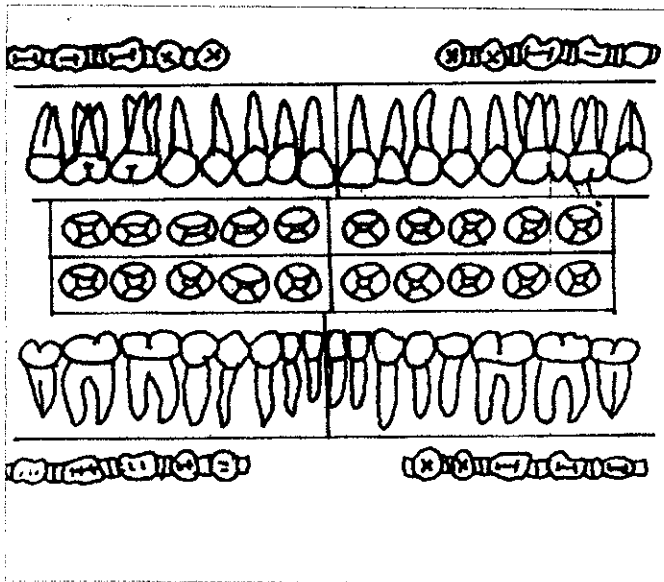
HISTORIA ODONTOLOGICA ANTERIOR: _____

DIAGNOSTICO: _____

BLANCO AMARILLO VERDE BLANCO

PROTESIS FIJA PROTESIS REMOVIBLE PROTESIS TOTAL

SUPERIOR



Piezas	Plan de tratamiento

INFERIOR

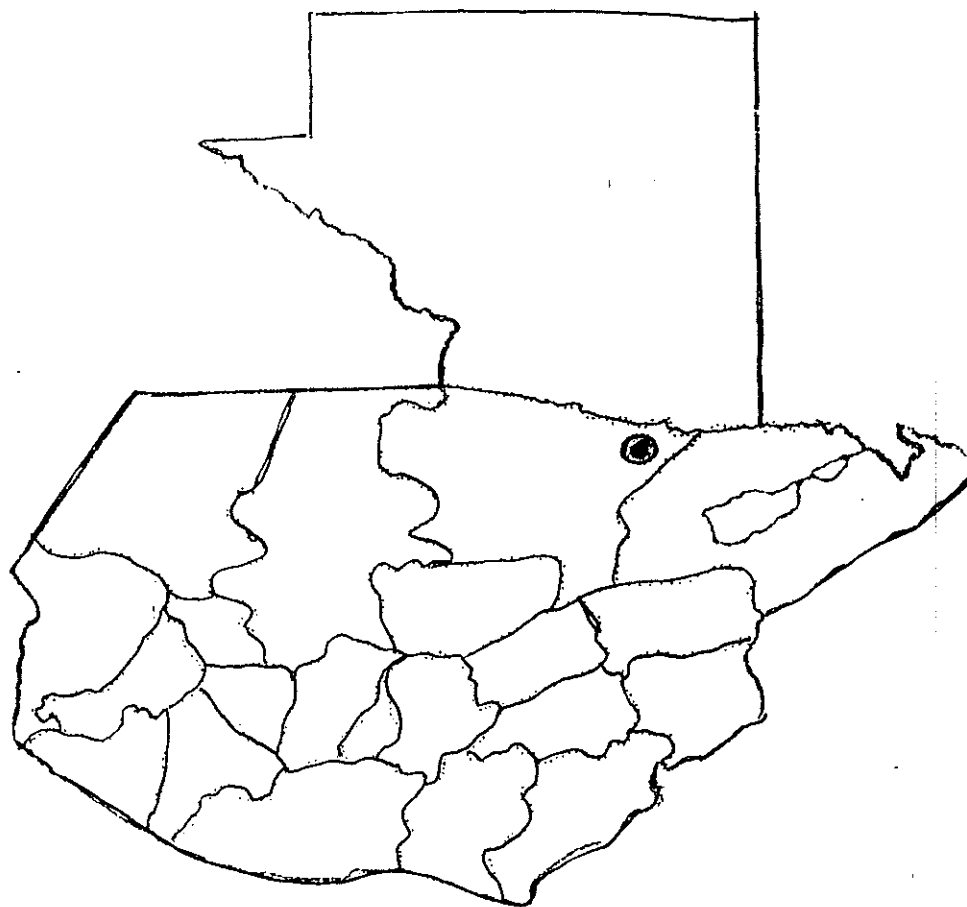
2,4	30,28
6,8	23,22
12,14	20,18

ANEXO 3

FICHA DE INTERPRETACION DE DATOS

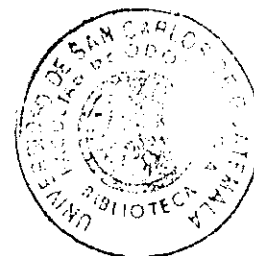
Px	Diagnostico			SEXO	EDAD	Etnia		OPERATORIA Ag					OPERATORIA Rc.			EXODONCIA	PPR	PPF	PT	
	R	A	V			Indig.	No Indig.	CIO	CI B.L.	MO	OD	MOD	CI II	CIV	CV					CVI
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				

ANEXO 4
UBICACION DEL
CAMPAMENTO SACOL

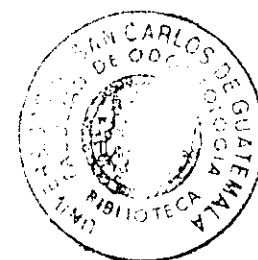


BIBLIOGRAFIA


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 Corei, Diciembre de 1995. pp. 1 - 3.
3. Baum, Lloyd. Tratado de Operatoria Dental / Loyd Baum, Ralph W. Phillips, Melvin R. Lund ; trad. por Irma Lebendeff Spengler. -- 2a. ed. -- México : Interamericana, 1988. 620p.
4. Carranza, Fermin A.-- Periodontología Clínica de Glickman / Fremin A. Carranza : trad. por Laura Elías Urdapilleta, Enriqueta Ceron Rossinz.-- 7a ed. -- México: Interamericana, McGraw-Hill, 1990. 1067p.
5. Catecismo del proceso de paz en 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 Larrave. 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 Mundi, 1964. 1990p.
10. Fagianni 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 Fénix, 1996. 102 p. (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. Haz bien y no mires a quien.-- pp. 1.-- De revista Odontológica Gráfica (Guatemala). -- Año 17 No. 202. (sábado, 1 de marzo de 1997).

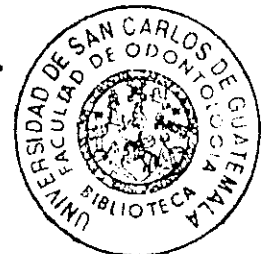


14. Hederson, David.-- Prótesis Parcial Removible / David Hederson, Víctor L. Steffel ; trad. por Martín Horacio Edenberg.-- Buenos Aires : Editorial Mundi, 1974. pp. 468.
15. Hernández, R. y E. Godoy. Adios a las armas: gobierno y URNG firman acuerdo de paz.-- 2 - 6. En periódico Prensa Libre (Guatemala). Año 46, No. 1486. (lunes, 30 de diciembre de 1996).
16. 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).
17. Ingle, John. Ide.-- Endodoncia/ John Ide Ingle y Jerry F. Taintor ; trad. por José Luis García Martínez, J. Rafael Blengio Pinto, Alberto Folch Fi.-- 3a ed. México : Interamericana, 1991. pp. 530 - 531.
18. Katz, Simon.-- Odontología preventiva en acción. / Simon Katz, James L. MacDonald, George K. Stookey.-- México : Editorial Médica Panamericana, 1975. pp. 30 - 40.
19. Kratochvil, F. James.-- Prótesis Parcial Removible / F. James Kratochvil ; trad. por José Antonio Ramos Tercero.-- México : Interamericana MacGraw-Hill, 1989. pp. 70 - 86, 90 - 98.
20. MINUGUA. Acuerdo global sobre derechos humanos. México, 29 de mayo de 1994. 10p.
21. ----- Informe de reconocimiento de puntos de concentracion. Guatemala, febrero, 1997. 11p.
22. Montenegro Lima, G. R. César Montes: la paz se pudo firmar hace 30 años.-- 11p. -- En periódico La República (Guatemala).-- Año 4. (sábado, 22 de febrero de 1997).
23. ----- César Montes: tres movimientos crearon las FAR.-- 9p. -- En periódico La República (Guatemala). Año 4. (domingo, 23 de febrero de 1997).
24. ----- El Che Guevara y Yon Sosa, grandes figuras en la guerra de guerrillas.-- 11p. -- En periódico La Rapublica (Guatemala).-- Año 4. (sábado, 22 de febrero de 1997).
25. ----- E. Guerra. César Montes: Yon Sosa, y Turcios Lima construyeron la guerrilla.-- pp. 10 - 11.-- En periódico La República (Guatemala).-- Año 4. (lunes, 24 de febrero de 1997).
26. Myers, George E.-- Prótesis de coronas y puentes / George E. Myers ; trad. por Guillermo Mayoral.-- 3a ed. -- Barcelona : Editorial Labor, 1975. pp. 190 - 199.
27. Prado, P. E. Comunidades de Guatemala. Guatemala, Impresos Herme, 1995.-- 136p.



28. Ramirez C., G. A. Apuntes de técnica operatoria. Guatemala, Universidad de San Carlos Facultad de Odontología, Departamento de Operatoria, 1989.-- 314p.
29. Saizar, Pedro.-- Prostodoncia total / Pedro Saizar.-- Buenos Aires : Editorial Mundi, 1972. 495. Argentina, Mundi, 1972. 477p.
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, Y. B. Bender ; trad. por José Antonio Ramos Tercero.-- México : El Manual Moderno, 1987. 370p.
33. Shillingburg, Herbert T.-- Fundamentos de Prostodoncia Fija / Herbert T. Shillingburg, Sumiya Hobo, Lowell D. Witsett ; trad. por Rodolfo Krenn.-- México : La Prensa Médica Mexicana. 1983. pp. 13 - 15.
34. Stewart, Kenneth L.-- Prostodoncia Parcial Removible / Kenneth L. Stewart, Kenneth D. Rudd, William A. Kuuebker ; trad. por Jesús Sierralta, Myrna B. y Mena L. Valles. -- 2a ed.-- Caracas : Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana, 1993.-- pp. 1 - 20, 97 - 100, 117.
35. Stockstill, John W., John F. Bowley y Ronald Atanasio. Análisis de decisiones clínicas en prostodoncia fija.-- pp. 565, 569, 591, 594.-- En: prostodoncia fija integral : John F. Bowley, John W. Stockstill, Ronald Atanasio, Directores huéspedes.-- México : Interamericana McGraw-Hill, 1992. (Clínicas Odontológicas de Norte América, 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.-- 30p. -- En periódico Prensa Libre, edición especial (Guatemala). Año 46, No. 14685. (lunes, 30 de diciembre de 1996).
38. Un quetzal -- 16p.-- En periódico Tinamit (Guatemala). Año 6, 2a Epoca, No. 202. (jueves, 20 al miércoles 26 de febrero de 1997).
39. 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.
40. Valdeavellano Pinot, R. Manual de exodoncia. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Área Médico Quirúrgica, Unidad de Cirugía, 60p.

Vo. Bo.




Guatemala, 8 de agosto de 1997

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

RECIBIDO
25 AGO 1997

SECRETARIA

10:56 *[Signature]*

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, patentizamos nuevamente nuestro agradecimiento y nuestro deseo que juntos sigamos contribuyendo hacia la paz firme y duradera que tanto anhelamos para este país.

Atentamente,

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



[Signature]
Fundación Guillermo Toriello
Comisión especial de Incorporación URNG



[Signature]
Dr. Jacobo Finkelstein
Representante
OPS/OMS GUATEMALA



VANESSA KARLA PAOLA NOGUERA MORALES
SUSTENTANTE

Dr. DANILO ARROYAVE RITTSCHER
ASESOR

Dr. RODOLFO SOTO GALINDO
ASESOR

Dr. ESTUARDO VAIDES GUZMAN
COMISION DE TESIS



Dr. AXEL POPOL ÓLIVA
COMISION DE TESIS

Vo.Bo.
IMPRIMASE

Dr. CARLOS ALVARADO CEREZO
SECRETARIO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

