

**Diagnóstico y atención de Salud Bucal de la población
del campamento Tzalbal, Nebaj, El Quiché, en la fase de desmovilización e
incorporación de la U.R.N.G. a la vida ciudadana, durante los meses
de marzo y abril de 1997**

Tesis presentada por

JUAN SEBASTIAN RODRIGUEZ PAYERAS

Ante el Tribunal de la Facultad de Odontología de la Universidad San Carlos
de Guatemala que practicó el Exámen General Público, previo a optar al título de

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, julio de 1999

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

Dh
09
T(1390)

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DECANO:	DR. DANILO ARROYAVE RITTSCHER
VOCAL PRIMERO:	DR. EDUARDO ABRIL GALVEZ
VOCAL SEGUNDO:	DR. LUIS BARILLAS VASQUEZ
VOCAL TERCERO:	DR. CESAR MENDIZABAL GIRON
VOCAL CUARTO:	BR. GUILLERO MARTINI GALINDO
VOCAL QUINTO:	BR. ALEJANDRO RENDON TERRAZA
SECRETARIO:	DR. CARLOS ALVARADO CEREZO

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

DECANO:	DR. DANILO ARROYAVE RITTSCHER
VOCAL PRIMERO:	DR. CESAR MENDIZABAL GIRON
VOCAL SEGUNDO:	DR. ANGEL RODOLFO SOTO GALINDO
VOCAL TERCERO:	DR. DANILO LOPEZ PANTOJA
SECRETARIO:	DR. CARLOS ALVARADO CEREZO

ACTO QUE DEDICO

A MIS PADRES

Iván Gildardo Rodríguez Gramajo.
Clara Luz Payeras Corzo.

A MIS HERMANOS

Iván Gildardo Rodríguez Payeras.
Pedro Pablo Rodríguez Payeras.

A MI FAMILIA

A MIS AMIGOS

TESIS QUE DEDICO

A GUATEMALA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

A MIS ASESORES

A MIS COMPAÑEROS DE CAMPAMENTO

A LAS INSTITUCIONES:

Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

Misión de Verificación de Naciones Unidas para Guatemala

Médicos del Mundo - España

Médicos Sin Fronteras - Francia

Universidad Misionera del Pobre

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 TZALBAL, NEBAJ, EL QUICHE EN LA FASE DE DESMOBILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DEL AÑO DE 1997, conforme lo demanda los estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Previo a optar al título de: CIRUJANO DENTISTA

Quiero expresar mi mas profundo agradecimiento a mis asesores de tesis Dr. Danilo Arroyave, Dr. Rodolfo Soto, y a mis compañeros Leonel Sinaí, Mario de León, por su valiosa asesoría en la elaboración del presente trabajo y a todas las personas que me brindaron su colaboración para culminar finalmente mi carrera.

A ustedes distinguidos miembros del Honorable Tribunal Examinador, mis más alta consideración y respeto.

INDICE

SUMARIO	1
INTRODUCCION	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
JUSTIFICACION	7
REVISION DE LITERATURA	9
ASPECTOS BIOLOGICOS Y DISCIPLINAS DE LA ODONTOLOGIA QUE ABARCA LA PRESENTE INVESTGACION	32
OBJETIVOS GENERALES	41
OBJETIVOS ESPECIFICOS	41
VARIABLES	43
METODOLOGIA	45
CRITERIOS DEL PLAN DE TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES BUCALES PARA LA POBLACION META, ESTABLECIDOS POR LA URNG	47
PRESENTACION DE RESULTADOS	49
ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	75
LIMITACIONES	77
CONCLUSIONES	79
RECOMENDACIONES	81
ANEXOS	83
BIBLIOGRAFIA	99

SUMARIO

Esta investigación se realizó con la población del campamento Tzalbal, Nebaj, El Quiché, en la fase de desmovilización e incorporación de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (U.R.N.G.) a la vida ciudadana, durante los meses de marzo y abril del año 1997, para determinar el diagnóstico y tratamiento de salud bucal. La muestra de este estudio es de 107 personas, que corresponden a la cuarta parte del total de la población del campamento.

El total de la población se evaluó según edad, sexo, etnia y necesidades de tratamiento odontológico (tratamiento periodontal, aparatos protésicos, restauraciones con amalgama de plata y resinas compuestas).

De la muestra total de 107 pacientes, se atendió a 100 pertenecientes a la etnia indígena y los demás a la etnia ladina, la mayor parte del estudio se presenta comparativamente según el sexo, siendo la mayor parte de la población es de sexo masculino en un 87%.

Con los datos de la edad de los individuos se agruparon en rangos, el de 20 a 29 años, fue en el que se atendieron 51 pacientes.

En cuanto al Índice Comunitario de Necesidades de Tratamiento Periodontal el código 3 (necesidad de detartraje, curetaje y mejorar su higiene bucal) fue el que tuvo más prevalencia en ambos sexos, con un 47% para el sexo masculino y un 50% para el femenino.

El 100% de la población fue cubierto en cuanto a educación en salud bucal en cuatro charlas que se impartieron en grupos no mayores de treinta personas.

De los 87 pacientes atendidos con necesidad de tratamiento periodontal se realizaron cuarenta tratamientos, que representa el 46%.

Las restauraciones con amalgama de plata fue el tratamiento que menos atención tuvo.

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 encaminados 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. (15)

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, (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 odontológica. La segunda fase fue de identificación para trabajar una población meta del 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, 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 mayores necesidades a nivel médico, odontológico y psicológico.

Debido a tantos años de guerra, la mayoría de los miembros de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG), permanecieron aislados y marginados, por muchos años, en áreas geográficas poco accesibles en la República de Guatemala, y estando excluidos de los servicios mínimos de salud pública.

Este trabajo fue encaminado esencialmente a describir las condiciones de salud o patología bucal y establecer las necesidades odontológicas en la población desmovilizada de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (U.R.N.G.).

JUSTIFICACION

Los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala conscientes de las obligaciones académicas y sociales en el sector de salud dentro del Proceso de Paz, colaboraron determinando las necesidades en salud bucal de la población desmovilizada para orientar las acciones a seguir en el campo de la atención odontológica en un futuro inmediato.

Como parte de los Acuerdos de Paz, durante la fase de desmovilización, se tuvo contemplada la atención en salud bucal a los excombatientes concentrados en los diferentes campamentos de desmovilización.

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

REVISION DE LITERATURA

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 de Cochinos y en los actores políticos de la izquierda que tomaron el camino de las armas en 1962, luego de 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 clase de los sectores dominados o sus formas de organización, aunque parece evidente que las otras formas de lucha social no habían sido agotadas. (6)

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. (15)

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. (6)

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 exministro 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-burgués 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 Azurdia 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. (6)

Según César Montes uno de los errores de Peralta Azurdia 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 Azurdia había derrocado a Ydígoras, entonces se inició la lucha contra Peralta Azurdia 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 Morán.
- Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca -URNG- fundada en 1980. (5)

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-: se efectuó un intento de constituir un frente único, que ampliara 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 Amado, por eso dicho comandante se separó de las FAR y continuó operando independientemente con el nombre de Movimiento Rebelde 13 de Noviembre. (6)

La contracción de los dos períodos de auge guerrillero de 1966-1967 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. (16, 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 pretendía 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. (37)

Los años que van de 1968 a 1973 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 1969 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 1971-1972 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. (6)

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. (31)

En el período de la presidencia del General Kjell Eugenio Laugerud García (1974-1978) no se repitió el esquema de olas de terror, aunque si se produjeron asesinatos selectivos, como los del abogado laboralista Mario López Larrave, 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. (6, 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 existente 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 contrainsurgente 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. (31, 37)

A finales de 1982 las cuatro organizaciones insurgentes deciden unirse a Cuba para darle vida a la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca -URNG-, el movimiento insurgente logra controlar varias regiones del occidente, norte 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 Victores, 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 internacio-

nal. 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 en 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.

La mediación de la Comisión Nacional de Reconciliación -CNR- presidida 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 se tiene:

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 al 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 de Acta de Paz el 6 de junio de 1986.

2. La negociación indirecta comprende:

- 2.1. Primera reunión de presidentes de C.A. 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 de 1987.
- 2.3. Garita de Alajuela. Evaluar 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.

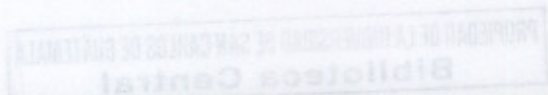
- 2.5 Comisión Nacional de Reconciliación -CNR- logra que Gobierno y URNG firmen acuerdo de Oslo (paz por medios políticos), el 30 de marzo de 1990.
- NOTA:** La Comisión Nacional de Reconciliación -CNR- esta formada por: el Gobierno, la Iglesia Católica, Partidos Políticos, Ciudadanos Notables, Organizaciones de Trabajadores, Organizaciones Empresariales, Organizaciones Cooperativas, Universidades, Colegios Profesionales, Iglesias, Cultos y otras denominaciones religiosas.
3. En el Acuerdo de Oslo se originaron algunas instancias, entre ellas:
- 3.1 El Escorial o Instancia Política en junio 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 Negación Directa comprende:
- 4.1 El Presidente Serrano Elías presenta su plan de paz total a la ONU, 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 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 1994.

- 5.4 Acuerdo sobre el 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).
 - 6.4 Papel de los países amigos (Colombia, USA, México, Noruega y Venezuela).
 - 6.5 Procedimientos
 - 6.6 Mecanismos de Verificación

* La ASC estaba integrada por: cinco diputados por cada instancia (Escolarial, Ottawa, Quito, Metepec y Atlixco, cinco representantes Mayas, Mujeres, 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 y Función del Ejército en una Sociedad Civil, Reformas Constitucionales y Régimen Electoral.

1. Los Puntos que regula 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 y 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 productivo 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.
 - Luchar contra la discriminación.
 - Lucha contra la discriminación legal y de hecho.
 - Derecho de la mujer indígena.
 - Instrumentos Internacionales.
 - 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.
- Derechos civiles, políticos, sociales y económicos.
- Marco constitucional.
 - Comunidades y autoridades indígenas locales.
 - Regionalización.
 - Participación a todos los niveles.
 - Derecho consuetudinario.
 - Derecho relativo a tierras de los pueblos indígenas.
- Comisiones partidarias.
- 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 una 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, 5, 8, 12, 16, 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 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 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. (30)

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. (15, 17)

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 el 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.

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.(30)

Los odontólogos practicantes solicitados a la Facultad de Odontología debían de llenar ciertos requisitos como 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. (13)

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 su E.P.S. Los odontólogos practicantes que optaron por ésta son:

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

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. (38) Los odontólogos practicantes que optaron por esta opción son:

O.P Juan Sebastián Rodríguez Payeras

O.P Mildred Tatiana Herrera España

O.P Vanessa Karla Paola Noguera Morales

O.P Lidia Waleska Tejaxún Campos

O.P Neyda Yesenia Zuleta Bonilla

O.P Juan Ignacio Asencio

O.P Léster Molina

O.P Rudy Ramírez

O.P César Roulet

O.P Arturo Castillo

O.P Sandra Aguilar

O.P Delita Tonti

O.P Byron Olivar

O.P Julio Anleu

- O.P José Juárez
- O.P Sara Sandoval
- O.P Claudia Barrientos
- O.P Rudy Ixcaraguá
- O.P Demetrio López
- O.P Mario Medina
- O.P Patricia Campbell
- O.P Leonel Sinaí
- O.P Mario Illescas
- O.P Carlos Mogollón
- O.P José Carranza
- O.P David Batres
- O.P Fredy Hernández
- O.P Mario de León
- O.P Wagner Monterroso
- O.P 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 y 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. (30)

Durante la fase de desmovilización se contempló 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 contempló 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. 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.

3. Programa de Salud Mental:
 - Talleres sobre salud mental
 - Llenado de fichas de salud mental

4. 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)

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 a nivel de Equipo de Salud Interno de 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.
 - Proporcionar 39 estudiantes del 6o. 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 de 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 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.
 - Aseorar 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 Social -MSPAS-. (30)

Descripción de los 8 Campamentos:

1. Campamento Sacol, Nuevo Chahal, Alta Verapaz:

- 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; 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 finca (2 kilómetros)
 - 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 utilizarán plantas eléctricas.
 - Las poblaciones cercanas: Río Dulce a 40 Km, Modesto Méndez a 23 Km.
 - Características de la guerrilla a concentrarse:
 - El 90% de la guerrilla no habla español, sólo Kekchí.
 - Un 90% son analfabetas.
 - Material del que está construido el campamento: son cabañas construidas con troncos y el techo de palma, las paredes 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 existen 5 compañías cada una con un capitán, los cuales son dirigidos por el Comandante del campamento. Fuera del campamento a 2 Km. se encontraba el campamento de MINUGUA. (21, 30)
2. Campamento Mayaland Ixcán El Quiché:
- Ubicación del Lugar:
 - a) Aproximadamente 2.5 Km. de la población de Mayaland.
 - b) Coordenadas: 15°56'361" N- 91°04'061" W
 - Grupo Guerrillero: Ejército Guerrillero de los Pobres -EGP-.
 - Número de excombatientes: 430; 356 hombres, 58 mujeres, 16 niños.
 - Clima: cálido y lluvioso, terreno quebrado selvático.
 - Tipo de Edificación: techo de lámina de zinc, aislantes de cartón, sin paredes, con cortinas de nylon enrolladas.

- Topografía general de la zona:
 - Ubicación en la confluencia de dos pequeños ríos, donde se forma un valle rodeado de dos pequeñas elevaciones desde donde se domina una gran parte del área que será destinada para el campamento.
 - En general la tierra es bastante compacta y firme.
 - Se aprecian dos explanadas bastante despejadas de árboles con terreno firme y compacto.
 - El punto se encuentra a nivel de la carretera, quedan expuestas a la visión directa de dos explanadas, donde será el campamento.
 - Accesos:
 - Desde la población de Playa Grande (Cantabal), recorriendo una distancia de aproximadamente 40.4 Km.
 - Hay una pista de aterrizaje en la comunidad de Mayaland.
 - Tomas de Agua:
 - Dentro del área se encuentra dos ríos: Pescado y Jordán. (21, 30)
3. Campamento Tululché I y II, Quiché:
- Ubicación del lugar.
 - Coordenadas: 15°02'21" N- 91°01'40" W
 - Grupo Guerrillero: Ejército Guerrillero de los Pobres -EGP-.
 - Número de excombatientes: Tululché I: 267; 185 hombres, 52 mujeres, 30 niños. Tululché II: 258; 211 hombres, 36 mujeres, 11 niños.
 - Descripción topográfica del área en general:
 - Zona de montaña
 - Situado dentro del denominado triángulo Ixil.
 - Descripción topográfica del punto:
 - Explanada central de unos 200x200 m. Circundante a ella hay otras de varios tamaños, oscilando entre los 1,000 y los 400 m cuadrados.
 - Clima: templado, noches frías, lluvias frecuentes.
 - Vías de Acceso:
 - Solamente una vía de entrada. Es un camino de unos 1,800 m. que llega al campamento desde la carretera Santa Cruz de Quiché-Zacualpa-Joyabaj.
 - Aproximadamente a 700 m. del campamento, sobre el camino citado.
 - Tipo de Edificación:
 - Techo de lámina de zinc, madera contrachapeada para forro de paredes, aislantes de duropor. (21, 27, 30)

4. Campamento Finca Claudia, Guanagazapa, Escuintla:
- Grupo Guerrillero: Frente Unitario -FU-
 - Número de excombatientes: 226; 187 hombres, 29 mujeres, 10 niños.
 - Descripción Topográfica del Area:
 - Zona de montaña media, situada entre el eje volcánico y la llanura costera del Pacífico.
 - El campamento seleccionado está a una altura de 240 m, posee un área aproximadamente de 300x300 m.
 - Tipo de Edificación: techo de lámina de zinc, aislantes de cartón, sin paredes con cortinas de nylon enrolladas.
 - Clima: caliente y húmedo.
 - Vías de Acceso:
 - Solamente una vía de acceso por la Carretera Internacional del Pacífico.
 - Poblaciones Cercanas:
 - Escuintla está a 37.7 Km. por carretera.
 - Taxisco está a 30 Km. por carretera.
 - La comunidad más cercana es La Unión a 4 Km. (21, 30)
5. Campamento Finca las Abejas, Colomba, Costa Cuca, Quetzaltenango:
- Grupo Guerrillero: Organización Revolucionaria del Pueblo en Armas -ORPA-
 - Número de Combatientes: 250; 191 hombres, 43 mujeres, 16 niños.
 - Descripción Topográfica:
 - Prácticamente toda el área está situada en un terreno plano, en las orillas de la carretera Colomba-San Juan Ostuncalco.
 - Aproximadamente de 700 x 60 m. de extensión.
 - Clima: templado, frecuentes lluvias.
 - Tipo de Edificación: techo de lámina de zinc, aislante de cartón, sin paredes, con cortinas de nylon enrolladas.
 - Poblaciones cercanas:
 - Colomba Costa Cuca a 11 Km.
 - San Martín Sacatepéquez a 10 Km.
 - San Juan Ostuncalco a 16 Km.
 - Quetzaltenango a 32 Km.
 - Coatepeque a 30 Km. (21, 30)

6. Campamento Parcela de Los Blancos, Guanagazapa, Escuintla:
- Grupo Guerrillero: Fuerzas Armadas Rebeldes -FAR-
 - Número de Excombatientes: 368; 281 hombres, 63 mujeres, 24 niños.
 - Descripción Topográfica del área:
 - Zona de montaña media, situada entre el eje volcánico y la llanura costera del Pacífico.
 - El campamento seleccionado está a una altura de 240 m., posee un área aproximadamente de 300x300 m.
 - Tipo de Edificación: techo de lámina de zinc, aislantes de cartón, sin paredes, con cortinas de nylon enrolladas.
 - Clima: caliente y húmedo.
 - Vías de acceso:
 - Solamente una vía de acceso por la Carretera Internacional del Pacífico.
 - Poblaciones cercanas:
 - Escuintla está a 37.7 Km. por carretera.
 - Taxisco está a 30 Km. por carretera.
 - La comunidad más cercana es La Unión a 4 Km. (21, 30)
7. Campamento Tzalbal, Nebaj, El Quiché:
- Ubicación del lugar
 - Cercanías de la aldea Tzalbal
 - Coordenadas: 15°27'35" N- 91°12'52" W
 - Grupo guerrillero: Ejército Guerrillero de los Pobres -EGP-
 - Topografía en general:
 - Zona montañosa, situada en la cordillera de los Cuchumatanes.
 - El área seleccionada está a una altura aproximada de 2,140 m. sobre el nivel del mar, desde este punto se tiene un total dominio de los terrenos y sus alrededores. Desde la carretera no se puede observar el área del campamento.
 - Posee un área de aproximadamente 250x250 m., suelo consistente.
 - Número de excombatientes: 504; 420 hombres, 61 mujeres y 25 niños.
 - Clima: templado, con bajas temperaturas por las noches y precipitaciones frecuentes.
 - Tipo de edificación: techo de lámina de zinc, madera contrachapeada, aislante de duropor.
 - Partes del Campamento: comandancia, clínica médica, clínica dental, Cruz Roja, comedores, módulos dormitorios, cuarto de máquinas.
 - Área de Acceso: el campamento se encontraba en la carretera que conduce de Nebaj a Salquil Grande, aproximadamente a 1 km. de la aldea Tzalbal, en el lugar llamado Tzalbal La Laguna. El tipo de carretera es de terracería.

Descripción del Equipo de Salud Integral (ESI):

- Médico de URNG responsable del ESI. (1)
- Personal médico (compuesto por médicos de URNG y MDM-E). (3)
- Promotor dental. (1)
- Promotor de salud. (1)
- Odontólogos practicantes (6)

El médico de URNG fue el responsable del ESI y coordinó todas las actividades de atención integral de salud, dentro del campamento. Médicos del Mundo España (MDM-E) participó de esa responsabilidad a nivel del programa de atención médica. El promotor de salud participó en las actividades de salud de acuerdo a su nivel, examen clínico completo, salud mental, promoción y prevención. El promotor dental y odontólogos practicantes participaron en todas las actividades de salud bucal, identificación, clasificación, examen odontológico general, ficha diagnóstica, educación en salud bucal, tratamiento y referencia.

Listado del Equipo Dental del Campamento Tzalbal:

- 4 unidades (proporcionadas por los OP)
- 6 lámparas (OP)
- 1 sillón dental (OP)
- 4 sillones tipo campaña (UMP)
- 1 compresor grande (OPS)

Los servicios básicos fueron proporcionados por las siguientes instituciones:

- Alimentación: Por Cruz Roja española.
- Equipos para cocina, estufas, gas, platos: Cruz Roja española.
- Agua: Médicos Sin Fronteras, Francia
- Energía eléctrica: planta eléctrica accionada por diésel, proporcionada por Cruz Roja española.
- Energía solar: Médicos del Mundo España.

ASPECTOS BIOLÓGICOS Y DISCIPLINAS DE LA ODONTOLOGIA QUE ABARCA LA PRESENTE INVESTIGACION

PERIODONCIA: Se refiere a la prevención y tratamiento de la enfermedad periodontaria, trata los tejidos blandos que rodean el 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)

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:

1. Periodontitis marginal, en la cual la destrucción de los tejidos periodontales, inflamación, formación de bolsas y pérdida ósea, son causadas 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 úlcero necrosante aguda. (4)

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:

1. 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.
2. Etapa II: conforme pasa el tiempo, aparecen signos clínicos de eritema, también puede presentarse hemorragia durante el sondeo.
3. 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. (4)

INDICE COMUNITARIO DE NECESIDADES DE TRATAMIENTO PERIODONTAL (ICNTP)

El ICNTP es un método internacional simple y rápido para evaluar las necesidades de tratamiento periodontal en una población. Se puede hacer el registro de los códigos ICNTP en apenas 1-3 minutos, con lo cual el método es práctico para la determinación preliminar de la necesidad de tratamiento periodontal durante la descripción inicial del estado de salud bucal de un paciente nuevo y después del tratamiento periodontal vuelve a ser útil para vigilar el mantenimiento de la salud bucal.

La necesidad del 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 en función, 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:

ALTERNATIVA I EPIDEMIOLOGICA		
OMS	1983	ICNTP
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 una segunda alternativa. En países occidentales industrializados puede observarse en pacientes adultos una destrucción periodontal en uno o pocos puntos. Para asegurarse que todos los sujetos con necesidad de tratamiento de la periodontitis avanzada sean identificados. Se recomienda el examen de todos los dientes de cada sextante:

ALTERNATIVA II TRATAMIENTO		
OMS	1983	ICNTP
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 a otros dientes cuando no están afectados los primeros molares, o los incisivos, o todos ellos. Para determinar la necesidad de tratamiento en esos niños o adolescentes, 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 las bolsas profundas durante la fase eruptiva.

También pueden observarse bolsas falsas en adultos, por ejemplo: entre cara distal de la segunda molar y una almohadilla retromolar hiperplásica.

ALTERNATIVA II JOVENES		
OMS	1983	ICNTP
1.6	1.1	2.6
4.6	3.1	3.6

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

CODIGO 0:

Es un sextante en el cual el periodonto se encuentra sano y no necesita tratamiento.

CODIGO 1:

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

CODIGO 2:

Indica un sextante en el que ningún sondeo excede a los 3 mm de profundidad, pero se ve o reconoce por debajo del margen gingival, retenciones de cálculo o placa. La necesidad de tratamiento indica tartrectomía y mejor higiene bucal.

CODIGO 3:

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

CODIGO 4:

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

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)

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: micoplasmas, levaduras, protozoarios, virus en diferentes proporciones, streptococcus mutans, colonias de cocos, estreptococcus sanguis, especies de lactobacillus, actinomyces viscosus, estreptococcus salivarius, actinomyces naeslundii y bacteroides. (9, 32)

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)

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 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 del reborde residual, necesidad de reemplazar los dientes inmediatamente después de su extracción. (19, 14, 34)

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. (35, 26, 33)

EXTRACCION DENTARIA: Es sacar un diente o muela de su posición o alveolo. (9) 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 incluidas o supernumerarias, en condiciones periodontales agudas o crónicas, las cuales no pueden ser tratadas periodontalmente, traumatismo y proceso patológico. (9, 40)

NIVELES DE PREVENCION: El proceso de prevención comprende todos los esfuerzos para oponer barreras a los progresos de las enfermedades principalmente bucales en cada uno y todos sus períodos, es decir, todos los esfuerzos apuntando en dirección contraria a la enfermedad.

La odontología preventiva se define como la suma total de los esfuerzos destinados a fomentar, conservar y/o restaurar la salud del individuo, por medio de la promoción, mantenimiento y/o restitución de la salud bucal.

De acuerdo con los mecanismos implicados, los períodos de prevención se subdividen en cinco niveles. Estos niveles son:

- Primer Nivel:

Este nivel se refiere a la promoción de la salud, es decir, no está dirigido hacia la prevención de la enfermedad, puesto que comprende todas las medidas encaminadas a mejorar la salud general del individuo. Por ejemplo, los factores de importancia para la promoción de la salud son:

- Nutrición óptima
- Ambiente agradable
- Vivienda saludable
- Condiciones adecuadas de trabajo
- Entretenimiento
- Períodos de vacaciones (descanso)

En sentido odontológico se dice que este nivel es el que crea condiciones favorables para que el aparato estomatognático se mantenga en estado de salud. Es inespecífico.

- Segundo Nivel:

Consiste en una serie de medidas para la prevención de la aparición o recurrencia de una enfermedad en particular. Por ejemplo:

- Control de placa bacteriana
- Vacunas
- Fluoruración del agua de consumo
- Aplicaciones tópicas de fluor, etc.
- Sellantes de fosas y fisuras, etc.

Todas estas medidas como formas preventivas de caries dental y enfermedad periodontal.

- Tercer Nivel:

Este nivel consiste en el diagnóstico y tratamiento en forma precoz. Comprende la prevención secundaria, es decir, todas las medidas destinadas a poner en evidencia la enfermedad, y darle el tratamiento adecuado en las etapas iniciales. A este nivel son muy útiles las radiografías dentales de mordida e interproximales, porque las afecciones se hallan en estado inicial y la mayoría de ellas podría y debería ser tratada por el clínico general. Las periodontopatías y la caries pueden ser

tratadas por métodos relativamente simples que constituyen el tratamiento periodontal menor, el cual incluye:

- Raspado gingival y subgingival
- Desgaste selectivo
- Corrección de posibles factores predisponentes
- Operatoria conservadora, en la cual el contorno de la cavidad lo limita al tamaño de la caries y no hay mayor desgaste de tejido dentario sano.
- Para cavidades conservadoras utilizando fresas de la serie 300 (329-330).
- En casos donde la caries es muy profunda se utilizan sub-bases y bases, como sucedaneos dentinarios.

- Cuarto Nivel:

Este nivel incluye medidas que tienen como objetivo limitar el grado de incapacidad producido por la enfermedad. Es el nivel donde la enfermedad periodontal y la caries se encuentra más avanzada y han provocado destrucciones considerables.

Los métodos que constituyen el tratamiento periodontal mayor son:

- Gingivectomía
- Osteotomía
- Osteoplastía
- Gingivoplastía
- Aparatos de contención (férulas)
- Procedimientos de operatoria extensa, indicados donde no se puede restaurar una cavidad con amalgama de plata o resinas por la gran pérdida de tejido dentario.
- En operatoria extensa las restauraciones incluyen incrustaciones, coronas 3/4, coronas totales.

Debe tomarse en cuenta que estos procedimientos pueden ser realizados por un especialista.

- Quinto Nivel:

Este nivel abarca lo que es la rehabilitación del individuo, tanto física, como psicosocialmente, pues en esta etapa la enfermedad ya ha causado gran pérdida de hueso alveolar y pérdida de piezas dentarias. En algunos casos es necesarios un trabajo completo de rehabilitación bucal, que con los avances de la odontología moderna se puede tomar en cuenta varios procedimientos, como:

- Injertos de tejidos duros
- Injertos de tejidos blandos

- Implantes
- Prótesis extensas, etc.

Los componentes de la fisiología preventiva son:

- Considerar al paciente como una entidad total.
- Tratar dentro de nuestra competencia de mantener la salud.
- Tratar por todos los medios posibles de detener el avance de la enfermedad.
- Tratar de rehabilitar al paciente física, psicológica y socialmente.
- Proporcionar al paciente el conocimiento, la competencia y motivación necesarios para mantener la salud, así como ayudar a conservar la de su familia y su comunidad.

El ser humano es un armonioso ente morfológico, fisiológico y psíquico y no un conjunto de estos componentes por separado.

La aplicación de la prevención se refiere primariamente al individuo como un ente total, y únicamente en segundo término a la enfermedad o al órgano u órganos afectados.

- Gingivitis
- Osteitis
- Osteoplasia
- Gingivoplasia
- Aparatos de conexión (Lentes)
- Procedimientos de operatoria extensa, indicadores donde no se pueda restaurar una cavidad con amalgama de plata o resinas por la gran pérdida de tejido dentario.
- En operatoria extensa las restauraciones incluyen incrustaciones, coronas IM, coronas totales.

Debe tomarse en cuenta que estos procedimientos pueden ser realizados por un especialista.

Este nivel abarca lo que es la rehabilitación del individuo, tanto física, como psicosocialmente, pues en esta etapa la enfermedad ya ha causado gran pérdida de hueso alveolar y pérdida de piezas dentarias. En algunos casos es necesario un trabajo completo de rehabilitación bucal, que con los avances de la odontología moderna se puede tomar en cuenta varios procedimientos, como:

- Injertos de tejidos duros
- Injertos de tejidos blandos

OBJETIVOS GENERALES

1. Diagnosticar el estado de salud bucal de los excombatientes de la 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.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Evaluar y determinar a través del examen clínico de la cavidad bucal la presencia de caries, enfermedad periodontal, necesidades de prótesis parcial, fija y total, espacios edéntulos, restauraciones presentes y piezas indicadas para extracción.
2. Cuantificar las necesidades de tratamiento odontológico 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 a los tejidos duros y blandos mediante acciones preventivas y de curación odontológicas al 60% de los excombatientes de los campamentos.

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 un fenómeno mediante la evaluación científica de sus signos físicos, sus síntomas, su historia clínica, los resultados de pruebas analíticas, sus síntomas, su historia clínica y otros procedimientos.
4. ETNIA: Agrupación natural de individuos de igual cultura que admite grupos raciales y organizaciones sociales varias. (7)

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 anotó lo que el entrevistado refirió en años cumplidos hasta la fecha actual.
3. DIAGNOSTICO: Toda alteración del patrón normal que constituye un hallazgo clínico fue anotada 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 usar (prótesis fija, prótesis total y prótesis removible), clasificando a los pacientes según severidad del dolor dental e inflamación gingival, en código rojo, amarillo, verde y blanco.
4. ETNIA: Se clasificaron a los pacientes como: indígenas y ladinos, de acuerdo al grupo étnico al que pertenecen.

METODOLOGIA

POBLACION:

El estudio se realizó con la población general de excombatientes de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG) del campamento Tzalbal, durante el período de desarme y desmovilización. La presente muestra fue de 107 excombatientes que formaban el 22% de la población total del campamento, hombres y mujeres adultos.

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS:

Se utilizó una ficha clínica diseñada especialmente, por la Facultad de Odontología, para este fin, conteniendo cada una de las variables en estudio. Esta ficha está diseñada de la siguiente manera:

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

HISTORIA MEDICA ANTERIOR: En ella se hizo anotación de los problemas médicos que el paciente ha padecido, determinando aquellos que pudieron requerir cuidados especiales durante el tratamiento odontológico, haciendo su anotación en color rojo.

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

DIAGNOSTICO: Toda alteración del patrón normal que constituye un hallazgo clínico fue anotada acá, basado en la inspección, palpación, sondeo periodontal e interrogación al paciente.

En un odontograma se realizó la anotación gráfica de los hallazgos clínicos encontrados en el proceso del examen bucal, señalando la localización específica de los hallazgos y el índice comunitario de necesidades de tratamiento periodontal.

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 acordado.

Parámetros para la realización del diagnóstico:

1. Caries:

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

2. Exodoncia:

Se tomó en cuenta la destrucción dentaria profunda, destrucción de 2 o más superficies dentales, movilidad excesiva, restos radiculares, traumatismos, dolor, presencia de fístulas, piezas fuera de oclusión.

3. Prótesis:

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

Prótesis removible: se determinó cuando el espacio desdentado no se encontró limitado en ambos extremos por dientes, espacios largos y pilares deficientes.

Prótesis total: se indicó cuando una o ambas arcadas se encontraron totalmente desdentadas, o con todas las piezas presentes indicadas para extracción.

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

Se clasificaron los pacientes según la 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 le dio prioridad a un promedio de cinco piezas por persona de acuerdo a:
 - Las primeras o segundas molares permanentes superiores e inferiores y 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 le dio prioridad a 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 dio prioridad a los tratamientos periodontales de acuerdo a:
 - Pacientes que presenten encía con inflamación, presencia de cálculos y sangrado. (36)

PRESENTACION DE RESULTADOS

El presente estudio corresponde a una muestra de 107 excombatientes del campamento Tzalbal, El Quiché, durante los meses de marzo y abril del año 1997. Esta muestra corresponde al 22% del total de la población de excombatientes del campamento. De los 107 pacientes estudiados, 93 (87%) pertenecen al sexo masculino y 14 (13%) al sexo femenino.

Aquí se presentan gráficas y cuadros que constituyen los aspectos significativos del trabajo realizado en dicho campamento.

Los resultados que aquí se exponen fueron obtenidos mediante una evaluación clínica de la cavidad bucal, con el fin de determinar cuáles son las necesidades odontológicas de dicha población.

CUADRO 1

PORCENTAJE DE LA POBLACION DESMOVILIZADA SEGUN ETNIA DE UN TOTAL DE 107 EXCOMBATIENTES DEL CAMPAMENTO TZALBAL, NEBAJ, EL QUICHE DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997

ETNIA	No.	PORCENTAJE
Indígena	100	93
Ladina	7	7
TOTAL	107	100

FUENTE: Ficha de Evaluación Diagnóstica para Tratamientos Odontológicos.

INTERPRETACION:

Se puede observar que el 93% de la población estudiada pertenece a la etnia indígena y el 7% a la etnia ladina.

GRAFICA 1



CUADRO 2

DISTRIBUCION SEGUN SEXO DE UNA MUESTRA DE 107 EXCOMBATIENTES DEL CAMPAMENTO TZALBAL, NEBAJ, EL QUICHE DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997

SEXO	No.	PORCENTAJE
Hombres	93	87
Mujeres	4	13
TOTAL	107	100

FUENTE: Ficha de Evaluación Diagnóstica para Tratamientos Odontológicos.

INTERPRETACION:

Del total de 107 excombatientes, 93 pertenecen al sexo masculino (87%) y 14 al sexo femenino (13%).

GRAFICA 2



CUADRO 3

DISTRIBUCION POR RANGO DE EDAD DE UNA MUESTRA DE 107 EXCOMBATIENTES DEL CAMPAMENTO TZALBAL, NEBAJ, EL QUICHE DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997

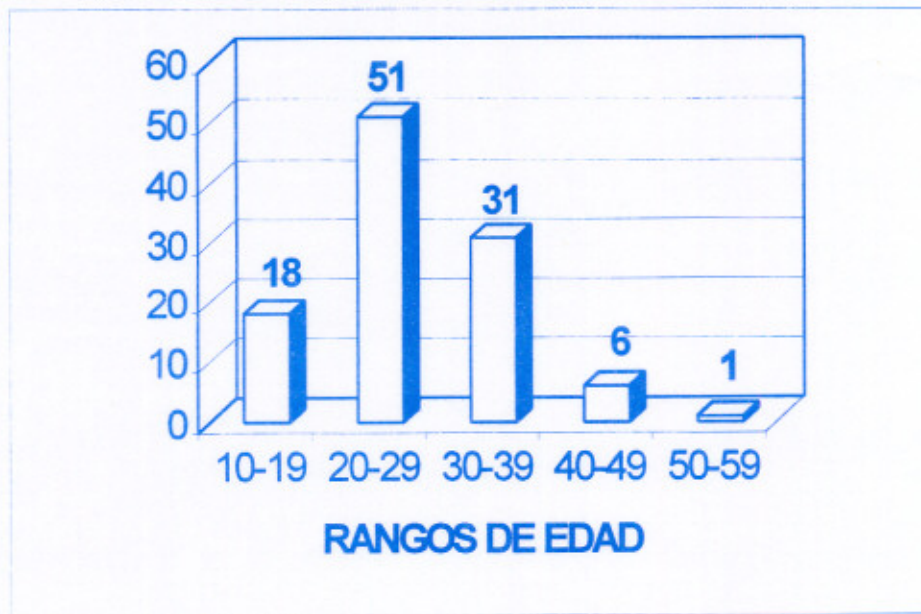
RANGO DE EDAD	No.	PORCENTAJE
50-59	1	1
40-49	6	5
30-39	31	29
20-29	51	48
10-19	18	17
TOTAL	107	100

FUENTE: Ficha de Evaluación Diagnóstica para Tratamientos Odontológicos.

INTERPRETACION:

De un total de 107 excombatientes, el rango de edad que más prevaleció fue el de 20 a 29 años con un 48% y el rango de edad que menos prevaleció fue el de 50-59 años con 1%.

GRAFICA 3



CUADRO 4

**CRITERIOS DEL PLAN DE TRATAMIENTO A PACIENTES, SEGUN
CLASIFICACION DEL CODIGO DE COLORES ROJO, AMARILLO,
VERDE O BLANCO PARA AMBOS SEXOS
EN EL CAMPAMENTO TZALBAL, NEBAJ, EL QUICHE
DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997**

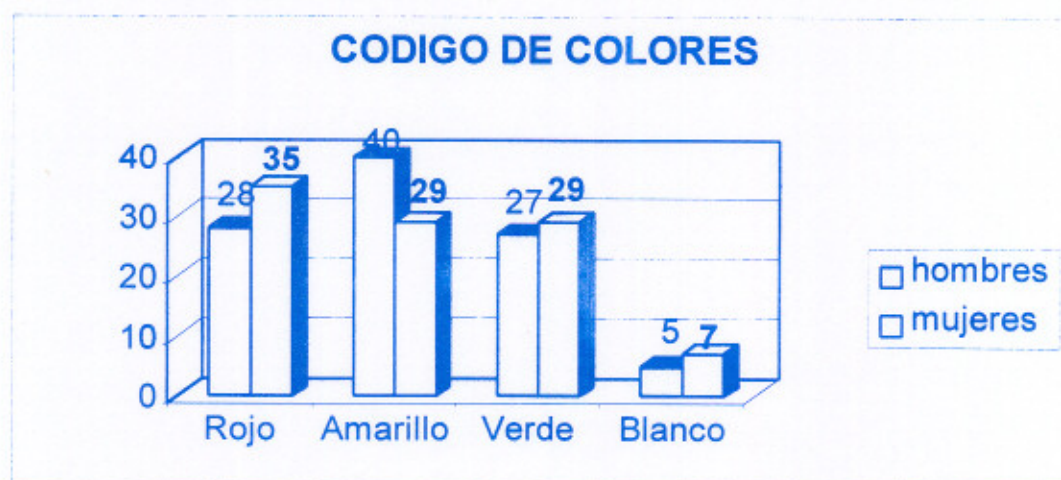
CODIGO	HOMBRES		MUJERES	
	No.	%	No.	%
Rojo	26	28	5	35
Amarillo	37	40	4	29
Verde	25	27	4	29
Blanco	5	5	1	7
TOTAL	93	100	14	100

FUENTE: Ficha de Evaluación Diagnóstica para Tratamientos Odontológicos.

INTERPRETACION:

Se puede observar que del total de pacientes del sexo masculino, 37 de ellos (40%) pertenecen a la clasificación del código amarillo, es decir que tienen algunas urgencias de tratamiento. En el sexo femenino el código que más prevaleció fue el rojo, con un total de 5 casos (35%), o sea que tienen que ser tratados urgentemente.

GRAFICA 4



CUADRO 5

INDICE COMUNITARIO DE NECESIDADES DE TRATAMIENTO PERIODONTAL "I.C.N.T.P" POR SEXO DE 107 EXCOMBATIENTES DEL CAMPAMENTO TZALBAL, NEBAJ, EL QUICHE DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997

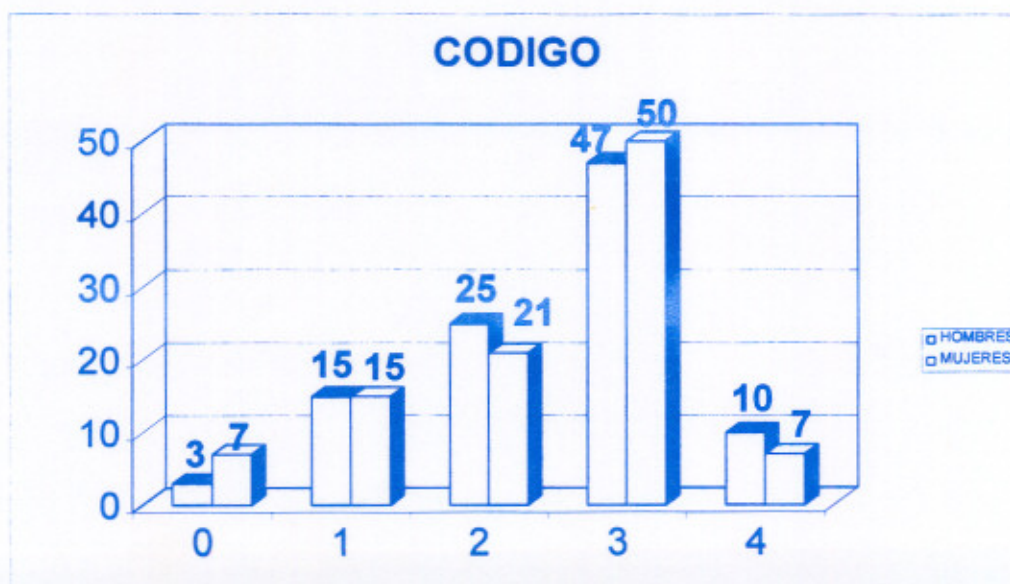
INDICE I.C.N.T.P.	HOMBRES		MUJERES	
	No.	%	No.	%
Código 0	3	3	1	7
Código 1	14	15	2	15
Código 2	23	25	3	21
Código 3	44	47	7	50
Código 4	9	10	1	7
TOTAL	93	100	14	100

FUENTE: Ficha de Evaluación Diagnóstica para Tratamientos Odontológicos.

INTERPRETACION:

En relación al estado periodontal que presentan un total de 107 excombatientes, de los cuales tanto en el sexo masculino como el femenino el código 3 tuvo más prevalencia con 44 (47%) casos para hombres y 7 (50%) casos para mujeres, lo que significa que la mayor parte de los pacientes necesitan detartraje, curetaje y mejorar la higiene bucal.

GRAFICA 5



CUADRO 6

CLASIFICACION DE LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO DE OPERATORIA CON RESTAURACIONES DE AMALGAMA DE PLATA SEGUN SEXO DE 107 EXCOMBATIENTES DEL CAMPAMENTO TZALBAL, NEBAJ, EL QUICHE DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997

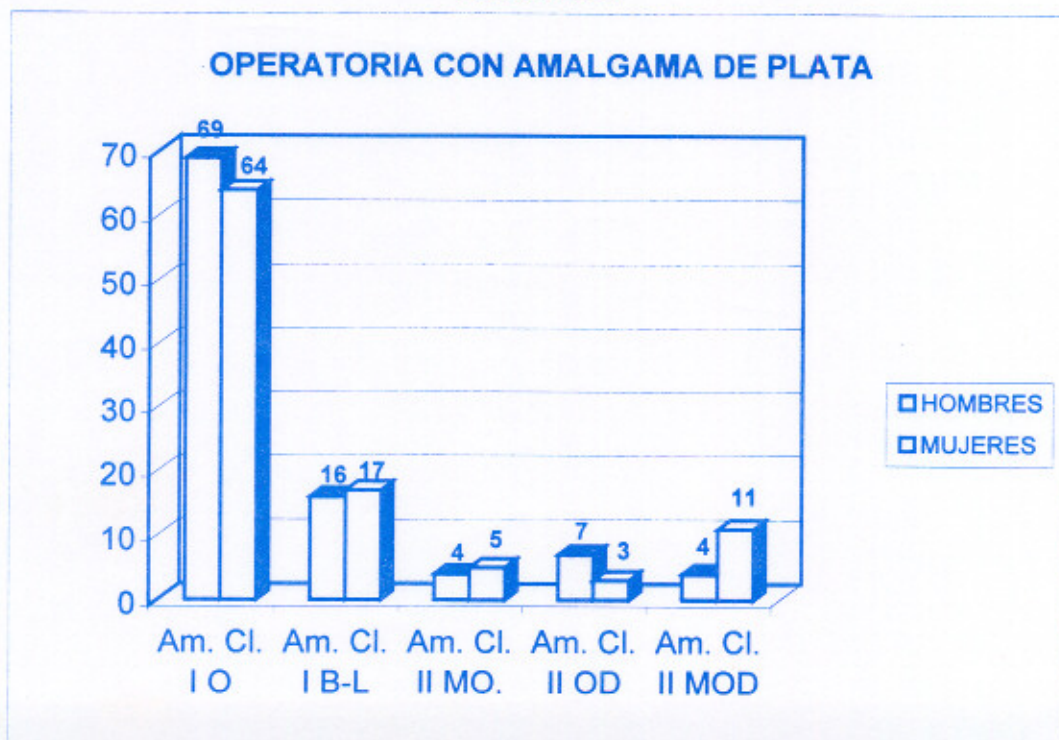
TRATAMIENTO	HOMBRES		MUJERES	
	No.	%	No.	%
Am. Cl. I O.	245	69	41	64
Am. Cl. I B-L.	57	16	11	17
Am. Cl. II MO.	14	4	3	5
Am. Cl. II OD.	23	7	2	3
Am. Cl. II MOD.	14	4	7	11
TOTAL	353	100	64	100

FUENTE: Ficha de Evaluación Diagnóstica para Tratamientos Odontológicos.

INTERPRETACION:

La necesidad del tratamiento de amalgama de plata clase I oclusal es la que más se presentó con un total de 245 (69%) para hombres y 41 (64%) para mujeres.

GRAFICA 6



CUADRO 7

CLASIFICACION DE LA NECESIDAD DE RESTAURACIONES CON RESINA AUTOCURADA, SEGUN SEXO DE 107 EXCOMBATIENTES DEL CAMPAMENTO TZALBAL, NEBAJ, EL QUICHE DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997

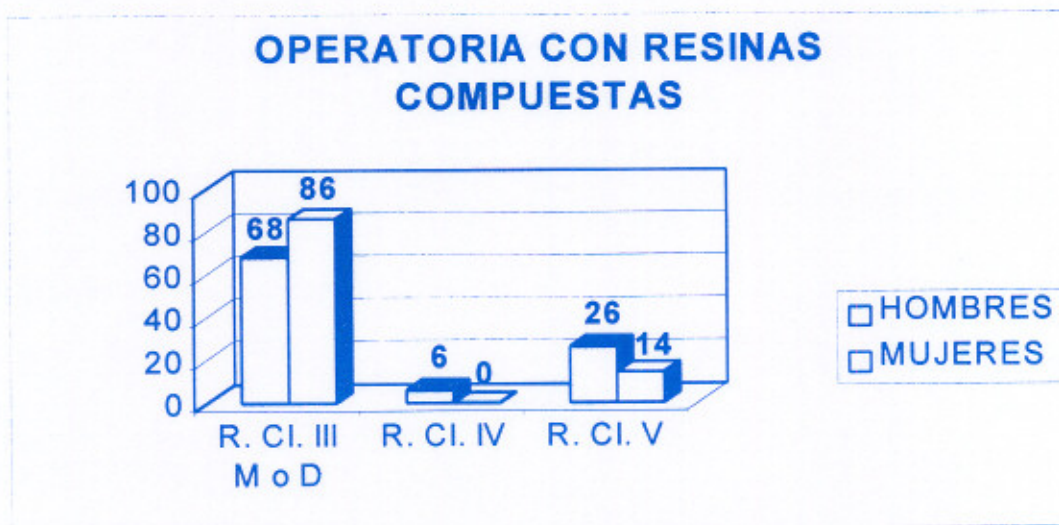
TRATAMIENTO	HOMBRES		MUJERES	
	No.	%	No.	%
R. Cl. III M o D.	44	68	12	86
R. Cl. IV	4	6	0	0
R. Cl. V	17	26	2	14
TOTAL	65	100	14	100

FUENTE: Ficha de Evaluación Diagnóstica para Tratamientos Odontológicos.

INTERPRETACION:

Del total de hombres y mujeres atendidos, el tipo de restauración con resina que más necesidad presentó fue Cl. III M o D., con 44 restauraciones (68%) para el sexo masculino y 12 (86%) restauraciones para el sexo femenino. No se diagnosticaron resinas Cl. VI en ambos sexos.

GRAFICA 7



CUADRO 8

DISTRIBUCION DE LA NECESIDAD DE EXODONCIA SEGUN SEXO DE UNA MUESTRA DE 107 EXCOMBATIENTES DEL CAMPAMENTO TZALBAL, NEBAJ, EL QUICHE DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997

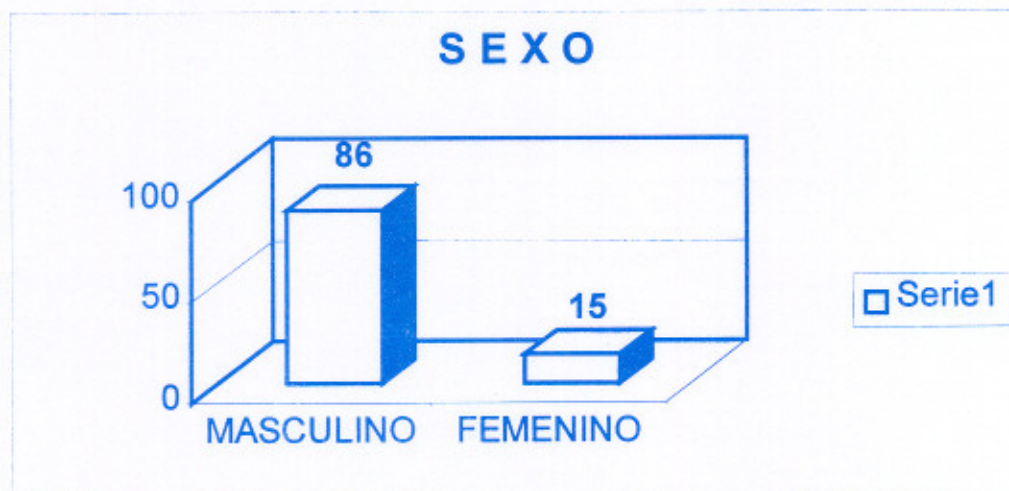
TRATAMIENTO	S E X O		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
Exodoncia	86	15	101

FUENTE: Ficha de Evaluación Diagnóstica de Tratamientos Odontológicos.

INTERPRETACION:

Del total de la población estudiada se observa que se necesitan 86 exodoncias para el sexo masculino y 15 para el sexo femenino.

GRAFICA 8



CUADRO 9

DISTRIBUCION SEGUN SEXO DE LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO DE PROTESIS DE UNA MUESTRA DE 107 EXCOMBATIENTES DEL CAMPAMENTO TZALBAL, NEBAJ, EL QUICHE DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997

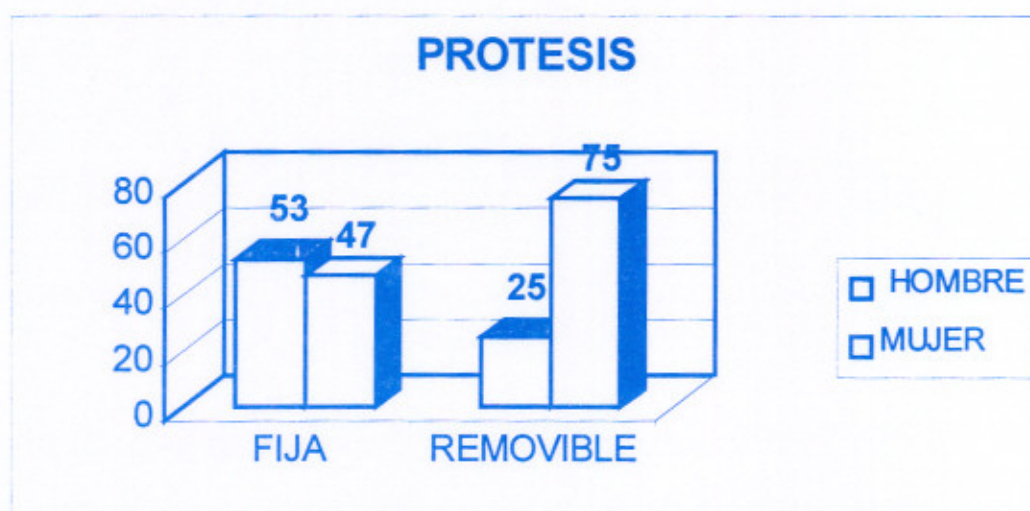
TRATAMIENTO	HOMBRES		MUJERES	
	No.	%	No.	%
Prótesis Fija	25	53	2	25
Prótesis Removible	22	47	6	75
TOTAL	47	100	8	100

FUENTE: Ficha de Evaluación Diagnóstica de Tratamientos Odontológicos.

INTERPRETACION:

Se determinó que según la necesidad de tratamiento con prótesis, en el sexo masculino la que más prevaleció fue la prótesis fija con 25 casos; mientras que en el sexo femenino fue la prótesis removible con 6 casos, no se determinaron casos para prótesis total en ambos sexos.

GRAFICA 9



CUADRO 10

NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL DE UNA MUESTRA DE 107 EXCOMBATIENTES DEL CAMPAMENTO TZALBAL, NEBAJ, EL QUICHE DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997

TERAPIA PERIODONTAL	No. SEXTANTES T = 762	PROMEDIO SEXTANTES POR PERSONA
Instrucción de Higiene Bucal	642	6.0
Raspado, Curetaje y Alisado Radicular	545	5.0
Tratamiento Periodontal Complejo	137	1.0

FUENTE: Ficha de Evaluación Diagnóstica de Tratamientos Odontológicos.

INTERPRETACION:

Con relación a las necesidades de tratamiento periodontal se observó que el 100% de la muestra necesita instrucción de higiene oral. También se observó que el 85% necesita raspado, curetaje y alisado radicular, con un promedio de 5 sextantes por persona. El 21% requiere de tratamiento periodontal complejo.

CUADRO 11

DISTRIBUCION DE TRATAMIENTOS REALIZADOS A UNA MUESTRA DE 107 EXCOMBATIENTES DEL CAMPAMENTO TZALBAL, NEBAJ, EL QUICHE DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997

TRATAMIENTO	NECESIDADES	REALIZADO	%
Exodoncia	101	25	25
Periodontal	87	40	46
Restauraciones de amalgama de plata	417	49	12
Restauraciones de resina autocurada	79	12	15
Prótesis total, removible, fija	55	0	0

FUENTE: Ficha de Evaluación Diagnóstica de Tratamientos Odontológicos.

INTERPRETACION:

Del total de tratamientos realizados, se concluye que el tratamiento que más se realizó fue el periodontal con un 46%, no se realizaron tratamientos de prótesis fija, total ni removible.

CUADRO 12

DISTRIBUCION DEL NUMERO DE CHARLAS EN SALUD BUCAL DIRIGIDAS A UNA MUESTRA DE 107 EXCOMBATIENTES DEL CAMPAMENTO TZALBAL, NEBAJ, EL QUICHE DURANTE LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 1997

No. DE CHARLA	No. DE EXCOMBATIENTES QUE PARTICIPARON EN CADA UNA DE LAS CHARLAS	PORCENTAJE
1a.	30	28
2a.	30	28
3a.	17	16
4a.	30	28
TOTAL	107	100

FUENTE: Ficha de Evaluación Diagnóstica de Tratamientos Odontológicos.

INTERPRETACION:

Del total de 107 excombatientes, el 100% de la muestra recibió charlas de salud bucal.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

De 107 pacientes evaluados, el 93% pertenecen a la etnia indígena, y 7% a la etnia ladina, de éstos 93 pertenecen al sexo masculino (87%) y 14 al sexo femenino (13%). El rango de edad que más prevaleció fue el comprendido entre las edades de 20-29 años con un 48%, y el de menor prevalencia fue el de 50-59 años con un 1%. Según criterios del plan de tratamiento, dependiendo de la severidad del caso se clasificaron 37 (40%) con código amarillo, o sea casos con alguna urgencia de tratar para el sexo masculino, y para el sexo femenino la clasificación que más prevaleció fue el código rojo con 5 casos (35%), es decir casos que tienen que ser tratados con urgencia.

Con relación al Índice Comunitario de Necesidades de Tratamiento Periodontal (I.C.N.T.P.), se logró determinar que en el sexo masculino el código 3 es el mayoritario con un total de 44 casos (47%). En el sexo femenino también fue el código 3 el de más prevalencia, con un total de 7 casos (50%). Esto indica que la mayor parte de la muestra en ambos sexos presentó bolsas periodontales de 4 a 5 mm., con necesidad de detartraje, curetaje y mejorar la higiene bucal.

También se pudo establecer con respecto a operatoria dental con amalgama de plata, que los tratamientos que más necesidad tienen en ambos sexos son los de Am. Cl. I O. con 245 (69%) en hombres y 41 (64%) restauraciones para mujeres.

Con relación a la necesidad de restauraciones con resina compuesta, la que más necesidad presentó fue la resina clase III con 44 restauraciones (68%) para el sexo masculino y con 12 restauraciones (86%) para el sexo femenino.

Según la necesidad de exodoncia, se determinó que en el sexo masculino se clasificaron 86 piezas para extracción y en el sexo femenino se clasificaron 15 piezas para extracción.

Se pudo determinar que según la necesidad de prótesis fija y removible, para el sexo masculino, se clasificaron 25 casos para prótesis fija y 22 casos para prótesis parcial removible, y en el sexo femenino se clasificaron 2 casos de prótesis fija y 6 de prótesis removible. Con relación a la necesidad de prótesis total, se pudo determinar que en ambos casos no hubo pacientes que necesitaran de dicha prótesis.

Se logró determinar que la muestra no tiene hábitos de higiene bucal adecuados y que todos necesitan también educación en higiene bucal, por tal motivo se realizaron 16 charlas de salud bucal para enseñarles las técnicas de cepillado y el uso del hilo dental.

En cuanto a los resultados de los tratamientos efectuados, en exodoncia se realizó un 25%, en tratamientos periodontales 46%, siendo éste el de mayor cobertura; con respecto a la higiene bucal se realizaron cuatro charlas, para abarcar al 100% de la población. En cuanto a operatoria dental se llevaron a cabo restauraciones de amalgama de plata en un 12%, en restauraciones de resina compuesta un 15%, no se realizó ningún tratamiento de prótesis parcial fija, removible y total, por falta de insumos, equipo y tiempo para realizarlos.

LIMITACIONES

1. **IDIOMA:** La barrera fue desde el principio evidente, ya que la mayoría de la población es maya que habla el idioma Quiché. Para superar esta limitación se contó con la colaboración de traductores, quienes estaban presentes regularmente en el tiempo de trabajo.
2. **NO SE CUMPLIO EL TIEMPO ESTABLECIDO:** El cual era inicialmente de 60 días a partir del día "D" (3 de marzo de 1997). Los odontólogos practicantes se presentaron al campamento el día 14 de marzo de 1997, día que dio inicio la concentración de desmovilizados a dicho campamento, concluyendo el día 16 de marzo de 1997. Las actividades clínicas comenzaron el día 17 de marzo de 1997, y por lo tanto, sólo se tuvieron 36 días hábiles de trabajo.
3. **INASISTENCIA DEL PACIENTE:** La irregularidad del paciente a su tratamiento, provocó que se perdiera significativamente el tiempo disponible para atender a la población. Entre las causas de la inasistencia estuvieron las actividades político-educativas, el taller de salud mental y la falta de interés por parte de los pacientes.
4. **FALTA DE COLABORACION POR PARTE DEL PACIENTE HACIA ALGUNOS TRATAMIENTOS:** Algunos pacientes rehusaron recibir atención, especialmente exodoncias.
5. **FALTA DE MATERIAL Y EQUIPO:** Para la realización de prótesis parcial fija y removible.

CONCLUSIONES

1. La mayor parte de la población pertenece al sexo masculino entre las edades de 20 a 29 años.
2. En la mayoría de los casos, tanto el sexo masculino, como el femenino, poseen bolsas periodontales mayores de tres milímetros.
3. En ambos sexos se presentaron casos libres de patologías bucales.
4. El tratamiento periodontal fue el que más se realizó, cubriendo en un 46% al total de la muestra.
5. En cuanto al tipo de restauración con amalgama de plata fue la clase I oclusal, la que más se realizó en ambos sexos.
6. El 100% de los pacientes recibieron instrucción de higiene bucal.
7. Del total de pacientes evaluados, el 93% pertenecen a la etnia indígena y el 7% a la etnia ladina.
8. De acuerdo a los criterios del plan de tratamiento a pacientes, según la clasificación del código de colores, el amarillo (que tienen alguna urgencia de tratamiento) fue el que más se presentó.
9. No se realizaron tratamientos protésicos.

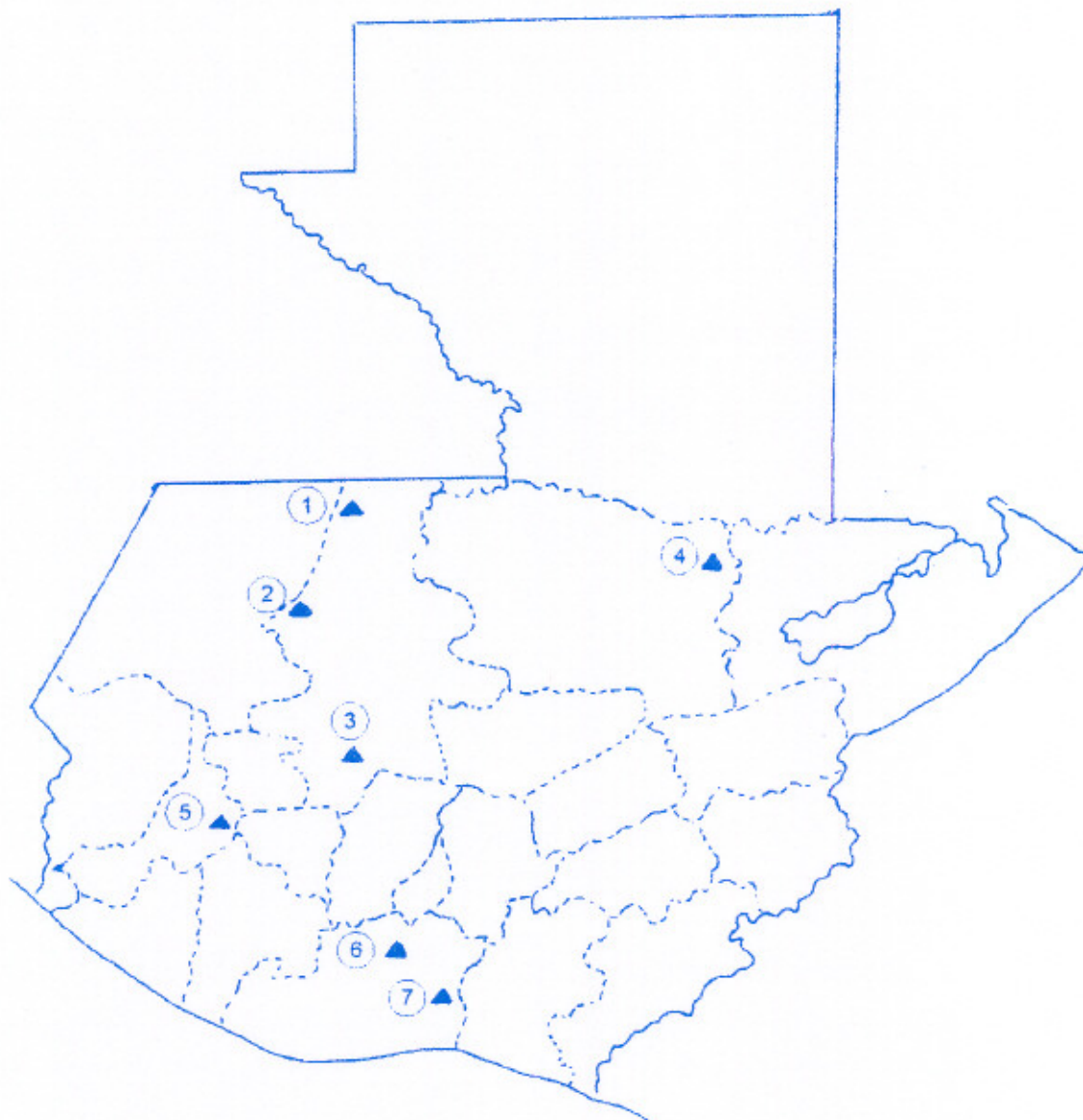
RECOMENDACIONES

1. Que se implementen campañas educativas, para la promoción de la salud bucal, y en la medida de lo posible, darles seguimiento para tratar de cubrir todas las necesidades de tratamiento de los excombatientes de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (U.R.N.G.).
2. Que se enfoque la problemática de salud bucal a las autoridades pertinentes de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (U.R.N.G.), para que soliciten a la Universidad de San Carlos de Guatemala, específicamente a la Facultad de Odontología y demás entidades de salud, para que continúen realizando programas integrales de salud a la población desmovilizada.
3. Que los resultados obtenidos en este informe sean tomados en cuenta en la fase siguiente a la desmovilización.

ANEXOS

ANEXO 1

UBICACION DE LOS CAMPAMENTOS

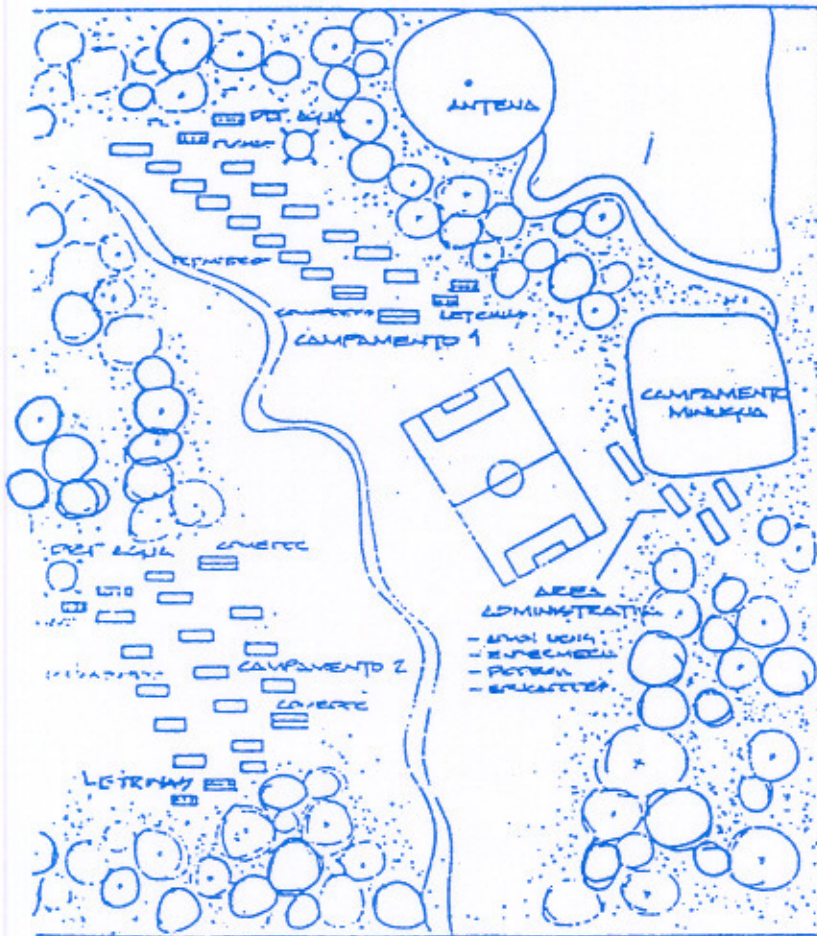


1. Mayaland
2. Tzalbal
3. Tululché I y II
4. Sacol
5. Las Abejas
6. Parcelamiento los Blancos
7. Finca Claudia

ANEXO 3

CAMPAMENTO TZALBAL

CAMPAMENTO	
TZALBAL	3
USO	SECC. DESM.
USO	TODOS LOS DIAS
USO	PLANTA TEMPORAL
USO	PLANTA PERMANENTE

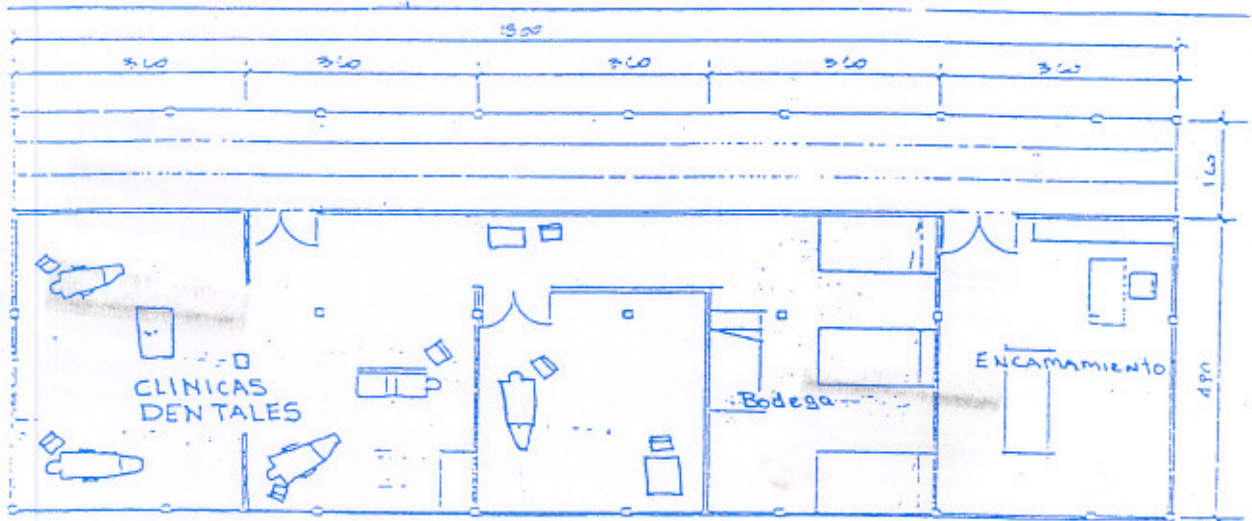


PROYECTO

CAMPAMENTO PARA DESMOBILIZADOS

CAMPAMENTO	3	PLANO DE
TZALBAL		CONJUNTO

ANEXO 4
CLINICA DENTAL



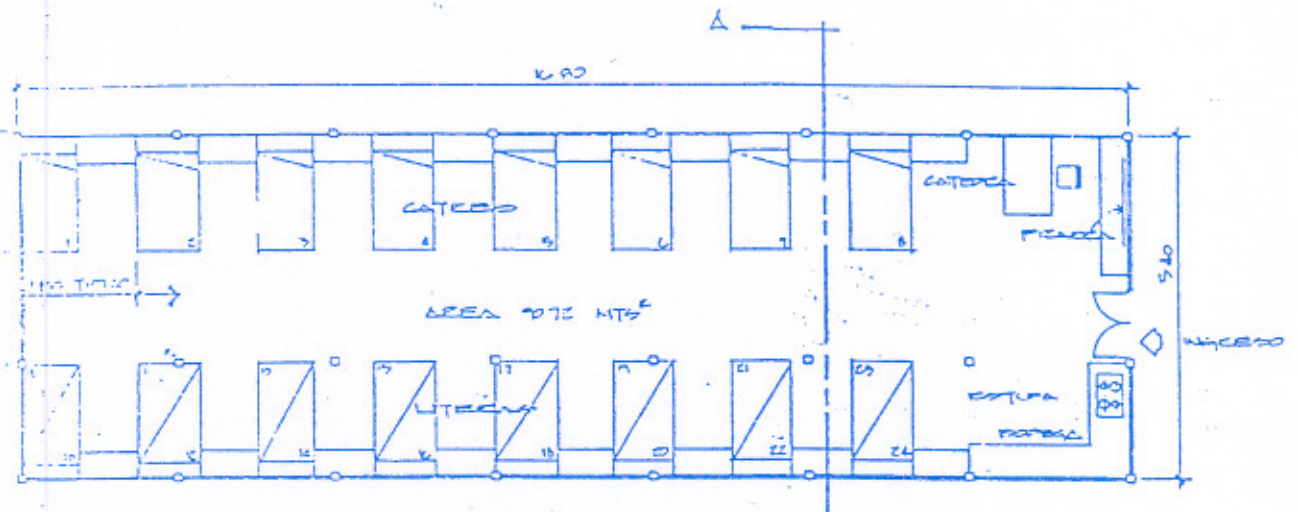
PLANTA DE DISTRIBUCION DE ENFERMERIA

AREA 15.00 M²

ESCALA 1:75

ANEXO 5

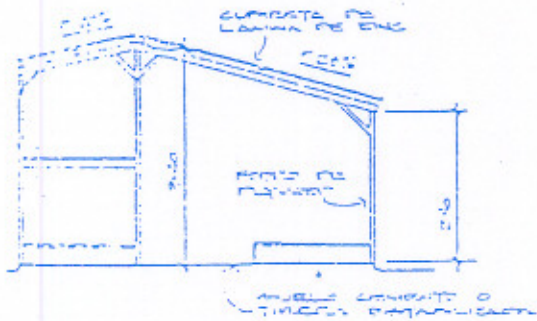
DORMITORIOS



PLANTA TIPICA DE DISTRIBUCION DE DORMITORIOS

CONSTRUCCION DE REPOSICION

ESCALA 1:75



SECCION A-A

ESCALA 1:50

ANEXO 6

Guatemala, 8 de agosto de 1997



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 componenté 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,


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


 Fundación Guillermo Toriello
 Comisión especial de Incorporación URNG





 Dr. Jacobo Finkelman
 Representante
 OPS/OMS GUATEMALA

ANEXO 7

DE GUATEMALA



ANEXO 7

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Edificio M-2, segundo piso
Ciudad Universitaria, zona 12
Apartado Postal 1029
Guatemala, Centroamérica

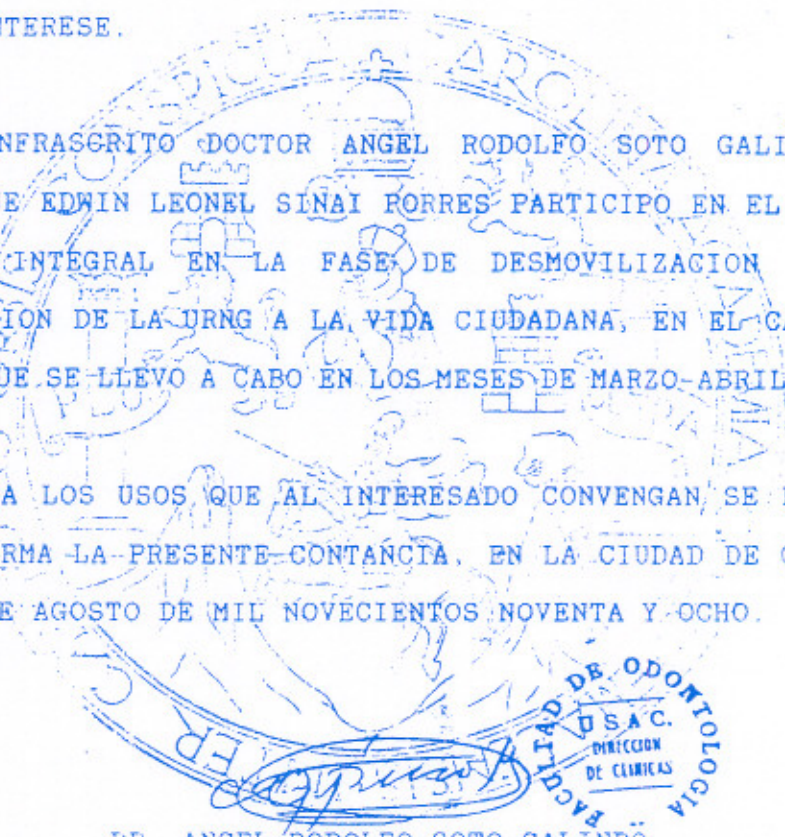
A QUIEN INTERESE.

EL INFRASCRITO DOCTOR ANGEL RODOLFO SOTO GALINDO HACE CONSTAR QUE EDWIN LEONEL SINAI RORRES PARTICIPO EN EL PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL EN LA FASE DE DESMOVILIZACION Y DE LA INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA, EN EL CAMPAMENTO TZALBAL, QUE SE LLEVO A CABO EN LOS MESES DE MARZO-ABRIL DE 1997.

Y PARA LOS USOS QUE AL INTERESADO CONVENGAN SE EXTIENDE, SELLA Y FIRMA LA PRESENTE CONTANCIA, EN LA CIUDAD DE GUATEMALA EL CINCO DE AGOSTO DE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO.

DR. ANGEL RODOLFO SOTO GALINDO

DIRECTOR DE CLINICAS



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 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 Elías Urdapilleta, Enriqueta Ceron Rossainz.— 7a. ed.— México : Interamericana McGraw-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 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, 1994. 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 Estudiantil Fénix, 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. Haz bien y no mires a quién.— p. 1.— de Revista Odontológica Gráfica (Guatemala).— Año 17. No. 202. (sábado, 1 de Marzo de 1997).
14. Henderson, Davis.— Prótesis Parcial Removible/David Henderson, Víctor L. Steffel ; trad. por Martín Horacio Edenberg.— Buenos Aires : Editorial Mundi, 1974. 468p.
15. 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).
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 Pi.— 3a. ed.—México : Interamericana, 1991. pp. 530-531.
18. Katz, Simón.— Odontología Preventiva en Acción/Simón Katz, James L. McDonald, 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 McGraw-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 concentración. Guatemala, Febrero, 1997. 11p.
22. 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).
23. —César Montes: tres movimientos crearon las FAR.— p. 9.— 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.— p. 11.— En periódico La República (Guatemala).— Año 4. (sábado, 26 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, G.E.— Prótesis de coronas y puentes/George E. Myers ; trad. Por Guillermo Mayoral.— 3a. ed.— Barcelona : Editorial Labor, 1975. pp. 190-199.

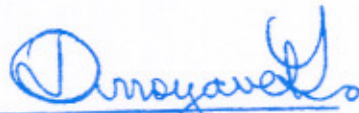


27. Prado, P.E. Comunidades de Guatemala. Guatemala, Impresos Herme, 1995. 136p.
28. Ramírez C., G.A. Apuntes de técnica operatoria. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Departamento de Operatoria, 1989. 314p.
29. Saizar, P.— Prostodoncia total/Pedro Saizar.— Buenos Aires : Editorial Mundi, 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 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 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 Sierraalta, 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 Attanasio.— Análisis de decisiones clínicas en prostodoncia fija.— Pp. 565, 569, 591, 594.— En: prostodoncia fija integral: John F. Bowley, John W. Stockstill, Ronald Attanasio, 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.— p. 30.— En periódico Prensa Libre, edición especial (Guatemala). Año 46, 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 los 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 al miércoles 26 de Febrero de 1997).
40. Valdeavellano Pinot, R. Manual de Exodoncia. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Area Médico Quirúrgica. Unidad de Cirugía. 60pp.

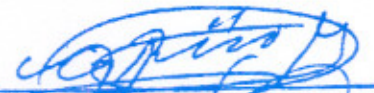




JUAN SEBASTIAN RODRIGUEZ PAYERAS
SUSTENTANTE



Dr. Danilo Arroyave Rittscher
ASESOR



Dr. Rodolfo Soto Galindo
ASESOR



COMISION DE TESIS
Dr. Guillermo Rosales Escribá



COMISION DE TESIS
Dr. Estuardo Vaidez Guzmán

Vo.Bo. Imprimase



Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Secretario

