



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

RESPONSABILIDAD SOCIAL DEL ODONTÓLOGO
ANTE LAS CONDICIONES DE DESIGUALDAD EN
SALUD EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS DE
CHIAPAS.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ABRIL NAIOMI CABRERA RODRÍGUEZ

TUTORA: Mtra. OLIVIA ESPINOSA VÁZQUEZ

ASESORA: Mtra. MARÍA GLORIA HIROSE LÓPEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Agradecimientos:

A la Universidad Nacional Autónoma de México mi alma máter, por permitirme ser parte de la maravillosa comunidad universitaria y brindarme los conocimientos para desarrollarme profesionalmente desde ahora y a lo largo de mi vida.

A los profesores de la Facultad de Odontología, por su dedicación y entrega.

A mi tutora maestra y amiga, la Mtra. Olivia Espinosa Vázquez, por toda su entrega y dedicación para la realización de este trabajo y por darme la oportunidad de ver a esta profesión desde otra perspectiva. Gracias maestra por hacerme parte de ese proyecto hermoso que espero con ansia cada año, y por mostrarme que en esta vida, todo lo que hagamos debe tener fe y pasión.

A mi asesora, la Mtra. María Gloria Hirose López, gracias por su dedicación empeño y paciencia para la realización de este trabajo, ha sido muy grato poder conocerla, y poder aprender de usted.

Un agradecimiento especial al Mtro. Germán Villanueva Sánchez, por sus enseñanzas a lo largo de este camino y por permitirme aprender del trabajo a su lado, gracias por toda la confianza y la amistad brindada a lo largo de estos años, pero sobre todo gracias por enseñarme que en la vida, la humildad y la sencillez van de la mano con la sabiduría.

A los organizadores del proyecto que me inspiró a elegir el tema que hoy me permite poner punto final a esta etapa de mi vida, Pastor Sergio Ulloa y al Dr. Raúl Rivera; gracias por hacerme parte de este proyecto que me ha permitido descubrir la vocación y el servicio al prójimo. Gracias por ser los líderes y ejemplos de todos los brigadistas, y por devolverles la fe a todos los hermanos de "los Chorros".

Gracias a todos mis amigos brigadistas, ya que cada día en la comunidad se siente como en casa, y cada comida se siente en familia a su lado. Gracias Anuar, Tony, Hugo, Jos, Cin, Oli, Emir y Jhonatan sin ustedes nada sería lo mismo y no habría sido posible.

A mis amigos que hicieron grata mi estancia en la facultad, en especial al grupo 005 y a la generación 2013-2014 de la clínica periférica Padierna.



Dedicatorias:

A mi padre Julio E. Cabrera, porque cada día al entrar a la facultad escuchaba en mi mente tu voz diciendo: "lo que bien empieza, bien acaba", y se volvió una filosofía en mi vida. Hoy acaba bien esta etapa. Gracias por todo tu esfuerzo, apoyo y amor para la culminación de mi formación profesional, pero sobre todo gracias por tu amor incondicional.

A mi madre Guillermina Rodríguez, por guiar mi camino, cuidarme, apoyarme y por darme las lecciones más grandes de mi vida, y por formar en mí el espíritu de servicio. Siempre ha sido verdad, "el que no nace para servir, no sirve para vivir". Gracias por enseñarme que el amor no tiene límites.

Estoy eternamente agradecida con el Señor por ser su hija, y por haberme dado unos padres maravillosos que me desearon y amaron incluso antes de tenerme. Gracias por enseñarme que nada vence un amor tan grande.

A mis hermanos que sé que desde donde estén, guían y cuidan mi camino.

A Elvira Arias y Rolando Ramírez, gracias por verme crecer y por el gusto de compartir una parte de nuestra vida juntos, siempre están en mi corazón y mis pensamientos; seguro elegí esta hermosa profesión por la influencia que tuvo en mí, haber jugado días enteros en su unidad.

A Oscar González y Norma Cabrera, por todo el apoyo a lo largo de mi carrera, por creer en mí; gracias a ustedes hoy sé que las dificultades no son motivo para dejar a un lado la lucha.

A Jhonatan I. Pérez, por tu apoyo y enseñanzas en la recta final de este camino, y por creer que todo era posible. Eres un ejemplo de valentía y amor. Los sueños poco a poco se van volviendo realidad.

A Raúl Jiménez, Bolívar García y Paolah Rebollar, porque gracias a ustedes aprendí que la familia que uno escoge siempre es la mejor.



Contenido:

1. Programas de salud general y salud bucodental en México	6
• A) Programas de salud general en México	7
I) Antecedentes del Sistema Nacional de Salud y sus servicios	7
II) Programas Gubernamentales creados como apoyo a sectores vulnerables	10
III) Programas de salud general rural.....	12
• B) Programas de salud bucodental en México	14
I) Programas de salud bucal urbanos	15
II) Programas de salud bucal rurales.....	17
2. Realidad de los programas de salud general y bucodental en su implementación	20
3. El papel del odontólogo frente a la problemática actual en torno a la salud general y bucodental.	35
4. Experiencia personal Los Chorros, Chiapas: un ejemplo de responsabilidad social en salud general y bucodental	43
CONCLUSIONES	57



INTRODUCCIÓN

Instituciones mundiales y nacionales preocupadas por el tema de la salud, han propuesto diferentes estrategias para cubrir las necesidades de la población e incluso de las comunidades indígenas en torno a la salud, a la alimentación y a la educación.

Sin embargo, estas estrategias, han sido traducidas en programas que buscan la inclusión social de estos grupos marginados y los muestran como buenas estrategias, que han sido mal empleadas.

Las condiciones de desigualdad en las comunidades indígenas del país se han acentuado con el paso de los años, y los profesionistas de la salud general y bucodental han jugado un papel importante en esta condición. Por tal motivo, este trabajo analiza los programas de salud general y bucodental y su implementación en comunidades indígenas del estado de Chiapas, además de profundizar en el papel de los profesionistas de la salud bucodental y su responsabilidad social.

Se abordarán también algunas estrategias para que los profesionistas de la salud bucodental se interesen por este tema, las cuales están basadas principalmente en incorporar, en la formación de los estudiantes de odontología, el estudio de la bioética, así como de las ciencias sociales.

Por último, se mostrará un ejemplo de atención bucodental en una comunidad rural marginada como Miguel Utrilla, “Los Chorros” en los Altos de Chiapas, experiencia que permitió a la autora de este trabajo ver a la profesión odontológica y a sus representantes, como agentes clave en la promoción y atención del estado de salud bucodental de los individuos que habitan en estas regiones.



1. Programas de salud general y salud bucodental en México

El gobierno de México ha implementado diversas acciones con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias de la población, por medio de campañas de prevención y tratamiento de las enfermedades y problemas más comunes asociados a la salud, dados a conocer al público por diversos medios de comunicación; con esto, pretende garantizar el acceso democrático y masivo a los servicios de salud.

Estos programas son un instrumento para poner en marcha las políticas de salud general y bucal, a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención y tratamiento, con el fin de que el individuo recupere la salud.

Los programas de salud suelen dividirse, de acuerdo con su área de aplicación, en:

- Nacionales: cuando los programas se difunden por todo el territorio nacional
- Estatales: se refieren a los que promueve la Secretaría de Salud (SSa) en los estados de la República Mexicana, de acuerdo con las necesidades de cada uno de ellos
- Municipales: aquellos que se llevan a cabo en cada municipio de cada estado del país

Para fines de este trabajo, se describirán en primer lugar, los programas de salud general implementados en México, tanto para sectores vulnerables, como para zonas rurales: Posteriormente se describirán los programas de salud bucodental implementados en México, tanto de zonas urbanas como rurales, siendo estos últimos de interés primordial para este trabajo.



A) Programas de salud general en México

Los programas de salud se difunden entre la población; los más numerosos son aquellos dirigidos a las comunidades urbanas, más que hacia las comunidades rurales. Se entiende por comunidades urbanas a las que, por su extensión geográfica, planeamiento y creación de infraestructura, le permitan tener una densidad de población de por lo menos 2,000 habitantes. En ellas se encuentran los grandes centros de negocios. Estas comunidades sobresalen por su sector industrial y su gran fuerza laboral, a diferencia de las comunidades rurales que se han definido como aquellas que están alejadas de los cascos urbanos, que comparten las mismas costumbres, lengua y actividad económica que las hacen parte de las mismas, en las que su principal fuente de recursos es la agricultura y la ganadería.¹

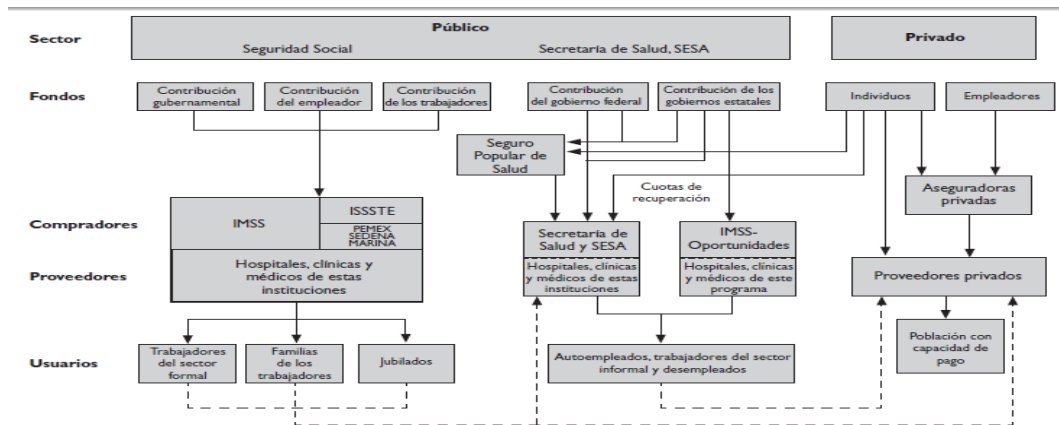
I) Antecedentes del Sistema Nacional de Salud y sus servicios

Con el fin de consolidar las estrategias planteadas en ese momento en torno a la salud, a principios del siglo XX se creó el Sistema de Salud Mexicano, compuesto por los sectores público y privado. El sector público comprende las instituciones de seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con el que nace la seguridad social en 1943², seguido por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), la Secretaría de Marina (SEMAR) y otros, los cuales brindan seguridad social a sus empleados así como a sus familias, quienes son asegurados con contribuciones del empleador y de los trabajadores en algunos casos, y en otros, con las contribuciones del gobierno.³ (Figura 1)

¹ Diccionario de la lengua española México. (fecha de acceso: 3 abril 2015) Dirección Electrónica: <http://lema.rae.es/drae/?val=rural>

² Ruiz M, Políticas Públicas en Salud y su impacto en el Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa, México Universidad Autónoma de Sinaloa. Tesis Doctoral en Estudios Fiscales 2011.

³ Gómez D, Sesma S, Becerril V, Knaul F, Arreola H, Frenk J. Sistema de Salud en México. Rev. Salud Púb. Méx. vol. 53 suplemento 2 2011 Pág. 221.

Figura 1 Sistema de Salud Mexicano.⁴

El IMSS cuenta con dos tipos de regímenes, uno obligatorio, que se le brinda a los asalariados afiliados, y otro voluntario; el obligatorio abarca los siguientes servicios:

- Seguro de enfermedad y maternidad
- Seguro de riesgos y trabajo
- Seguro de invalidez y vida
- Seguro de retiro y vejez
- Prestaciones sociales y servicio de guardería

Este servicio se cubre con el régimen obrero-patronal, esto es, la institución, patrón o empresa dan de alta a su trabajador, quien paga los servicios de seguridad médica y social con un porcentaje del capital de su trabajo, y la otra parte la cubre el patrón. El IMSS garantiza atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria desde el primero hasta el tercer nivel, ayuda a la lactancia y proporciona subsidios por incapacidades temporales.

En el régimen voluntario, se les brinda atención a las personas que no son asalariadas, y que de manera “voluntaria” pagan al instituto para tener beneficios del seguro de enfermedades y maternidad.

⁴ Gómez D. Op. cit. Pág. 221.



Casi de la misma manera actúa el ISSSTE, que como su nombre lo indica, presta atención a los empleados del gobierno, pensionados y jubilados, así como a sus familias, con servicios tales como:

- Medicina preventiva
- Maternidad y atención médica quirúrgica, hospitalaria y farmacéutica
- Rehabilitación física y mental

Asimismo, Petróleos Mexicanos (PEMEX), junto con la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR), al igual que lo hacen el IMSS y el ISSSTE, brindan atención a sus afiliados, incluyendo atención de primer, segundo y tercer nivel, farmacéutica y de rehabilitación, así como seguro de riesgo de trabajo, jubilación e invalidez.

- Hospitales y Centros de Salud de la Secretaría de Salud.

La Secretaría de Salud (SSa) por su parte, tiene como misión establecer las políticas de Estado para que la población ejerza su derecho a la protección de la salud.⁵ A ella pertenecen los centros de salud ubicados en todo el país, así como algunos hospitales de especialidad localizados, en su mayoría, en la zona metropolitana de la Ciudad de México, como el Hospital General de Xoco, el Gregorio Salas, Ticomán, Balbuena, Rubén Leñero, La Villa, entre otros, y los hospitales materno infantiles y pediátricos de Coyoacán, Cuajimalpa, Cuauhtépec, Peralvillo, Iztacalco, Iztapalapa, Magdalena Contreras, Tacubaya y Legaria, por mencionar sólo algunos. En el año 2011, según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), existían 14,546 unidades médicas en instituciones de salud pública, y 13,825 en los servicios de consulta externa, a lo largo de la República Mexicana.⁶

⁵Secretaría de Salud México (fecha de acceso: 25 de marzo 2015) Dirección Electrónica: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/mision_y_vision/misionvision.html

⁶INEGI. Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos. México. (Fecha de actualización: Marzo 2013 Fecha de acceso: 13 marzo 2015) Dirección Electrónica: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/aeum/2012/Aeeum2012.pdf



En los centros de salud se otorgan servicios de orientación alimentaria, salud bucal y reproductiva, para la prevención de adicciones, además de atención del embarazo, parto y puerperio, consultas de pediatría, nutrición y psicología. En cada unidad médica, se cuenta con personal médico, enfermera, técnico en atención primaria de la salud y, en algunos centros de salud, con odontólogo, psicólogo, nutriólogo, pediatra y ginecólogo. En lo referente a los costos para la obtención de este servicio, son variables y dependen del tratamiento, pero en caso de que el usuario cuente con el seguro popular o sea beneficiario del programa PROSPERA “Programa de Inclusión social”, se les exenta del pago.⁷

En los estados de la República, los centros de salud cambian sus nombres por Servicios Estatales de Salud (SESA). La población no asegurada recibe beneficios heterogéneos en las unidades de los SESA, tales como servicios ambulatorios básicos en los centros de salud rurales y un conjunto más o menos amplio de intervenciones, para lo cual deberá asistir a las grandes ciudades.⁸

II) Programas Gubernamentales creados como apoyo a sectores vulnerables

Dentro del mismo sector público, se crearon el Seguro Popular de Salud (SPS), el programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), así como los programas PROSPERA, Sin Hambre, Amanecer y Seguro Médico para la Nueva Generación, realizados para las personas que no están integradas de manera formal a la economía del país, es decir, no son beneficiadas con algún servicio de seguridad social. Estos programas son financiados con recursos del gobierno federal en su mayoría, gobiernos estatales, así

⁷Secretaría de Salud Instituto de Salud del Estado de México. México.(Fecha de actualización: 10 de Marzo 2015 fecha de acceso: 14 marzo 2015) Dirección Electrónica: <http://salud.edomexico.gob.mx/html/article.php?sid=87>

⁸ Gómez O. Op. cit. Pág. 224



como con las contribuciones que realizan los usuarios al momento de recibir la atención.⁹

- Seguro Popular de Salud (SPS) y Servicios Estatales de Salud (SESA)

El Seguro Popular de Salud garantiza el acceso a un paquete con alrededor de 260 intervenciones de salud con sus respectivos medicamentos, que los afiliados reciben en las unidades de los SESA. Dentro de ellas se incluye: vacunación, acciones preventivas, examen médico, intervenciones de consulta externa y medicina general, familiar y de especialidad, intervenciones básicas en odontología, servicio de urgencias, hospitalización, así como cirugía general.¹⁰ También ofrece un paquete de 18 intervenciones consideradas de alto costo, dentro de las que se incluye el tratamiento para cáncer en niños, cáncer cervico-uterino, cáncer de mama, VIH/SIDA y cataratas. Los hogares de menores recursos están exentos de estos pagos. Con el recurso que el Seguro Popular obtiene del Estado y las contribuciones de los afiliados, el SPS le compra servicios para sus afiliados a los SESA.¹¹

- Programa Sectorial de Salud

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 es el instrumento mediante el cual, el gobierno de la República formula las estrategias y acciones con las que se propone alcanzar los objetivos que en materia de salud, se han establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Como documento sectorial rector, establece seis objetivos y, para el logro de los mismos, se definen 39 estrategias y 274 líneas de acción, en general las estrategias y líneas de acción de este programa están vinculadas a consolidar la promoción, la protección de la salud y la prevención de las enfermedades, particularmente para reducir el impacto negativo de las

⁹Gómez O. Op. cit. Pág. 224.

¹⁰Secretaría de Salud. Catálogo de Universal de servicios de salud. Anexo 1CAUSES 2014 México. (fecha de actualización:2014 Fecha de acceso: 15 de Marzo 2015) Hallado en: <http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php/servicios/catalogo-universal-de-servicios-de-salud>

¹¹ Idem. Anexo 1.



conductas y hábitos no saludables; así como mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud con calidad, a través de la creación y fortalecimiento de redes de servicios integradas y sustentadas en un modelo de atención primaria más homologado y resolutivo.¹²

III) Programas de salud general rural

- PROSPERA “Programa de inclusión social”.

Es un programa federal que contribuye a garantizar el derecho a la protección de la salud mediante el otorgamiento de servicios preventivos gratuitos en comunidades rurales y urbanas marginadas de nuestro país. Este programa busca ampliar los servicios de salud a la población desprotegida. Funciona por medio de la cooperación entre gobierno y sociedad, aprovechando la práctica de la solidaridad social vigente en los pueblos indígenas y campesinos para involucrar y hacer partícipe a la comunidad en el cuidado de su propio bienestar físico.¹³

Prospera pretende extender su acción a grupos de población sin capacidad contributiva, en condiciones de pobreza y marginación extremas.¹⁴

Los servicios estatales de salud crearon diversos programas adaptados específicamente para ciertos grupos de la sociedad desde hace varias décadas. El actual programa PROSPERA se llamó hace algunos años PRONASOL (Programa Nacional de Solidaridad). Posteriormente, cambió su nombre a Oportunidades, hasta llegar al actual PROSPERA. Todos estos programas han seguido el mismo contexto de inclusión social, que busca ampliar las capacidades en educación, salud y alimentación, principalmente de niños, niñas y hogares en situación de pobreza. Este programa trabaja estrechamente con la llamada “Cruzada Nacional contra el Hambre” y brinda apoyos monetarios para la mejora de

¹²Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud .2013-2018 México.(Fecha de acceso:9 de marzo 2015) Dirección Electrónica: <http://www.salud.gob.mx/indicadores1318/pdf/programa.pdf>

¹³ Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS-Oportunidades capítulo VIII México. (fecha de acceso: 9 marzo 2015) Dirección electrónica:

http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/12_Cap08.pdf

¹⁴ Idem. Capítulo VIII.



la cantidad y calidad de los alimentos, así como para promover la diversidad en el consumo de los mismos. El programa tiene estrategias de promoción de la salud para la prevención de enfermedades y para obtener servicios de salud de calidad, así como para la inclusión productiva, laboral, financiera y social.¹⁵ Este programa tiene como objetivo:

“contribuir a fortalecer el cumplimiento efectivo de los derechos sociales que potencien las capacidades de las personas en situación de pobreza a través de acciones que amplían el desarrollo de sus capacidades en alimentación, salud y educación, y el acceso a otras dimensiones de bienestar para coadyuvar a la ruptura del ciclo intergeneracional de la pobreza”.¹⁶

- Seguro Médico para la Nueva Generación

Este programa forma parte del Sistema de Protección Social en Salud, y tiene como principal objetivo proteger la salud de los niños mexicanos nacidos a partir del 1º de diciembre de 2006. Este seguro ofrece atención médica integral a los niños desde que nacen y hasta que cumplen cinco años de edad, y garantiza la afiliación inmediata de toda la familia al Sistema de Protección Social en Salud. Los beneficiarios de este programa están protegidos durante los primeros cinco años de vida, especialmente durante el primer mes, por el riesgo de muerte neonatal, y tienen derecho a recibir servicios médicos correspondientes a 128 intervenciones médicas.¹⁷

¹⁵ Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Desarrollo Social México. (fecha de actualización: 30 diciembre 2014. Fecha de acceso: 8 marzo 2015) Dirección electrónica: http://www.normateca.sedesol.gob.mx/work/models/NORMATECA/Normateca/Reglas_Operacion/2015/rop_prospera.pdf

¹⁶ Idem pág. 5.

¹⁷ O.P.D. Régimen Estatal de Protección Social en Salud. México (fecha de acceso 14 de marzo 2015) Dirección Electrónica: <http://www.repssver.gob.mx/?p=507>



- Programa Amanecer

Únicamente se aplica en el estado de Chiapas. Tiene como finalidad contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores de 64 años, por medio de entregas mensuales de incentivos económicos, así como proveerles de la atención interinstitucional de servicios.¹⁸

B) Programas de salud bucodental en México

La salud bucal forma parte de la salud integral, por lo cual, si se padece una enfermedad bucal, se carece de salud general. La salud bucal incluye el componente “dental,” pero se relaciona con todo el complejo estomatognático. En otras palabras, la salud bucal no puede visualizarse únicamente como un problema dentario. Diversos estudios han cuantificado las consecuencias sociales de la enfermedad a través de las limitaciones en la vida diaria y en la calidad de vida, aunque desafortunadamente la investigación en el estado de salud ha incluido primordialmente el espectro de condiciones severas y crónicas, y se le ha dado relativamente poca atención al impacto social de los problemas bucales.

La salud bucal ha sido medida tradicionalmente con base en la patología de los tejidos, con limitado reconocimiento de las implicaciones de salud, económica y social de las enfermedades.¹⁹

Pese a los preocupantes y elevados índices de enfermedades bucodentales, los programas propuestos por instancias de salud pública no corresponden a esas cifras alarmantes. A continuación se describen los que se encontraron reportados en la literatura y/o en los portales de internet de las instituciones de salud.

¹⁸ Procuraduría General de Justicia. Tuxtla Gutiérrez. Comunidad Segura México.(fecha de acceso: 15 marzo 2015) Dirección Electrónica:

<http://www.pgje.chiapas.gob.mx/comunidadsegura/amanecer.aspx>

¹⁹ Medina CE, Maupome G, Ávila L, Pérez R, Pelcastre B, Pontigo A. Políticas de Salud Bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción Rev. Biomed 2006.



I) Programas de salud bucal urbanos

La diversidad en la demanda de salud bucal en la ciudad ha llevado a diversas instancias a promover programas para cada grupo demandante del servicio.

En el caso de los programas dirigidos a la salud bucal de los niños, la Secretaría de Salud creó el Programa Salud Bucal del Preescolar y Escolar, el cual plantea como objetivos mantener la salud bucal, y fortalecer el autocuidado para así prevenir las enfermedades bucales de mayor prevalencia e incidencia en estos grupos etarios, a través de la promoción y la educación para la salud.²⁰

También ha creado la Semana Nacional de Salud Bucal, que tiene como objetivo intensificar las medidas preventivas de salud bucal, promoviendo la participación social. Busca además, el fomento del autocuidado para así contribuir al cambio de hábitos en la salud oral de la población por medio de actividades de promoción y prevención.²¹

En lo que respecta al ámbito odontológico, el Seguro Popular, presta servicios de prevención de caries a través de la aplicación de selladores de fosetas y fisuras, colocación de amalgamas y de ionómero de vidrio, diagnóstico y tratamiento de focos infecciosos en la cavidad oral, extracciones dentales y de restos radiculares, así como de terceros molares.²²

Por otra parte, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), por medio de la Facultad de Odontología (FO), brinda cerca de 5,000 consultas integrales diarias en su edificio central, en la División de Estudios de Posgrado y en las nueve clínicas periféricas que se

²⁰ Secretaría de Salud CENAPRECE México. (fecha de actualización: noviembre 2011 fecha de acceso 13 marzo 2015) Dirección electrónica: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpy_e_completo2.pdf

²¹ Secretaría de Salud Tamaulipas Salud Bucal. México. (fecha de acceso :13 marzo 2015) Dirección Electrónica: <http://salud.tamaulipas.gob.mx/programas/salud-bucal/>

²² Secretaría de Salud. Catálogo de Universal de servicios de salud. CAUSES 2014 México. (fecha de actualización:2014 Fecha de acceso: 15 de Marzo 2015) Hallado en: <http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php/servicios/catalogo-universal-de-servicios-de-salud>

encuentran distribuidas en la Ciudad de México. Esta atención la brindan alumnos de la Licenciatura en Cirujano Dentista²³ así como del posgrado, promoviendo de esta manera la salud bucal integral de la población.

También, esta misma entidad académica, por medio de su programa de Servicio Social, brinda atención a la comunidad dentro y fuera de la facultad, ya sea en instituciones gubernamentales o asociaciones civiles, y realiza brigadas de salud bucodental en comunidades necesitadas. Asimismo, brinda atención dental en escuelas primarias oficiales por medio del programa Clínicas Dentales de la Coordinación de la Secretaría de Educación Pública. Las escuelas beneficiadas tienen consultorios dentales fijos, en los cuales se brinda atención a los niños matriculados, así como a la comunidad que lo solicite. Se establece a los prestadores de servicio social, un plan de trabajo que incluye promoción de la salud bucodental en los niños de primer grado de primaria, así como la aplicación de selladores de foseas y fisuras y aplicación de flúor y diagnóstico de salud bucodental a toda la escuela. (Figura 2)



*Figura 2 Técnica de cepillado.*²⁴

“...Durante el año 2011, brigadas de estudiantes y académicos de la Facultad de Odontología (FO) de la UNAM, realizaron más de cuatro mil tratamientos odontológicos en cuatro primarias del Distrito Federal, sin costo para los niños

²³ Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Odontología México. (fecha de acceso: 14 marzo 2015) Dirección electrónica:

<http://www.odonto.unam.mx/admin.php?IDPagina=atencionpaciente>

²⁴“Técnica de cepillado” septiembre 2014. Escuela Primaria Profesor Alfredo Basurto García. Turno vespertino. Fuente Directa



y padres de familia, bajo el programa Salud Bucodental en Escolares. El servicio se ofreció a 800 pacientes infantiles, a quienes se les practicaron profilaxis, extracciones, pulpotomías, cirugías, aplicación de flúor, odontoxesis, amalgamas, resinas, coronas de acero cromo y colocación de bandas, entre otras. En cada una de las escuelas se instalaron dos remolques y tres unidades dentales...²⁵

Las facultades de estudios superiores Zaragoza e Iztacala, en las que se también se imparte la Licenciatura en Cirujano Dentista, brindan atención al público en general, en clínicas que son una extensión de las aulas para fortalecer el conocimiento, las habilidades y destrezas profesionales que requieren los alumnos, bajo la estrecha supervisión y acción de académicos de diferentes disciplinas: Medicina, Odontología, Enfermería, Psicología y Químico Farmacéutico Biólogo.²⁶

Dentro del mismo contexto de prestación de servicios de salud por instituciones educativas, el Instituto Politécnico Nacional (IPN) brinda atención odontológica integral a niños y adultos en su unidad Santo Tomás durante el periodo escolar.²⁷

Por su parte, la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), en su unidad Xochimilco, brinda salud bucal integral y eficiente a la comunidad universitaria.²⁸

II) Programas de salud bucal rurales

La Facultad de Odontología de la UNAM realiza actividades de servicio social en diversas comunidades, principalmente en los estados de Morelos y de México. Los estudiantes prestadores de este servicio brindan atención bucodental por medio de unidades portátiles todos los

²⁵ Facultad de Odontología. Blog UNAM México. (fecha de actualización: 11 de Junio 2011. Fecha de acceso: 14 de marzo 2015) Dirección Electrónica: <http://www.odonto.unam.mx/index.php?IDPagina=blog&id=501>

²⁶ Facultad de Estudios Superiores Zaragoza Servicios. México. (fecha de acceso: 14 de marzo 2015) Dirección Electrónica: <http://www.zaragoza.unam.mx/main.php>

²⁷ Instituto Politécnico Nacional Clínica de Odontología. México. (fecha de acceso: 14 de marzo 2015) Dirección Electrónica: <http://www.cics-sto.ipn.mx/Servicios/Paginas/Cl%C3%ADnica-de-Odontolog%C3%ADa.aspx>

²⁸ Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. México. (fecha de acceso: 14 de marzo 2015) Dirección Electrónica: <http://www.xoc.uam.mx/oferta-educativa/divisiones/cbs/licenciaturas-posgrados/pplc/estomatologia/>



sábados y domingos del ciclo escolar. Asimismo, cuenta con un programa de brigadas durante días consecutivos en diversos periodos del año en el que los prestadores del servicio social acuden semanas completas a brindar atención a comunidades rurales marginadas.

Como sucede en gran parte de las zonas rurales del país, el acceso a la atención odontológica es muy limitado. Por ello, se han establecido alianzas estratégicas por parte de Fundación UNAM, distintos patrocinadores y diversas facultades pertenecientes a nuestra máxima casa de estudios, para proporcionar atención médica gratuita en diversas comunidades de nuestro país.

Fundación UNAM, junto con las facultades de Odontología, Derecho, Estudios Superiores Iztacala y la Escuela Nacional de Trabajo Social, brindan tratamientos bucodentales, oftalmológicos, y apoyo social a personas con un alto grado de marginación. Las brigadas se llevan a cabo por alumnos de los últimos semestres de las licenciaturas de Odontología, Optometría, Trabajo Social, así como de maestría y doctorado en Ciencias Médicas y Odontológicas. En el último año (2014), se realizaron siete brigadas de salud en los estados de Veracruz, Guanajuato, Jalisco, Zacatecas y Durango, así como en el Distrito Federal. A través de este programa, los especialistas dan servicio preventivo, restaurativo y quirúrgico. En el campo de la odontología, se brindan tratamientos especializados por parte de los residentes del posgrado en odontopediatría, endodoncia y prótesis total.²⁹

De igual manera, diversas asociaciones civiles, comprometidas con sus valores y la calidad de vida de los pueblos indígenas de México, han realizado brigadas de salud general y bucodental en zonas que son de difícil acceso, y a los que no llegan los programas antes mencionados. Estas asociaciones pertenecen, a la iniciativa privada, a asociaciones religiosas o simplemente son voluntariado quienes obtienen los recursos

²⁹ Fundación UNAM Salud Comunitaria. México. (fecha de acceso: 14 de marzo 2015) Dirección Electrónica: <https://www.fundacionunam.org.mx/contenido/salud-comunitaria/>



por diversos medios a través de donativos, entre conocidos, por apoyo de empresas privadas, entre otros.

Sin embargo, no es suficiente para brindar atención a todas estas comunidades. Hace falta que los prestadores de servicio social no abandonen a las comunidades a las que sirvieron, que se comprometan consigo mismos a regresar y seguir brindando la atención a estas comunidades que los necesitan; aunque para lograrlo, hace falta motivarlos suficientemente y alentar su espíritu de servicio desde los inicios de su formación como profesionales. Además de la enseñanza de la bioética y de lograr que se convierta en el quehacer diario de cada profesionista de la salud, se requiere que rescaten del olvido institucional a estas comunidades tan necesitadas.³⁰ Más que manos, cuando se trata de ayudar, se necesita voluntad.

³⁰Gutiérrez J.C. *Contraingurgencia y Salud: Contradicciones en la Teoría, Historia y Aplicación del Programa Oportunidades en comunidades Rurales de Chiapas SIT México: Desarrollo sustentable y cambio social 2010* pág. 6.



2. Realidad de los programas de salud general y bucodental en su implementación

El gobierno de México, como ya se mencionó, ha implementado diversos programas de salud a las comunidades, para proporcionar bienestar y salud a los mexicanos. En teoría, estos programas de salud son implementados en la mayoría de la población, y tienen como objetivo apoyar a las personas que no cuentan con un servicio de seguridad en salud. Estos proyectos se realizan según las necesidades de las comunidades; algunos están dirigidos a comunidades indígenas, pero como señala Gutiérrez:

“la realidad es que vivimos en un mundo de obscena inequidad e injusticia, y en ningún aspecto esto es más evidente que en la salud.”³¹

Por un lado, el gobierno federal, por medio del Plan Nacional de Desarrollo, sexenio tras sexenio, realiza las mismas propuestas en cuanto a las reformas en salud, cambia de nombre a los programas y una vez más los pone en marcha, además de que llegan sólo a ciertas poblaciones del país. Basta con tener la necesidad de visitar un centro de salud (en la capital o en los estados) para darse cuenta de los problemas a los que los derechohabientes se enfrentan y las condiciones en las que se les brinda “salud” y “bienestar” a los enfermos; las fechas de la asignación de citas son distantes del momento en que se solicitan, la deficiencia en la distribución de medicamentos y la falta constante de personal para brindar atención a los muchos enfermos que la requieren y, sobre todo, deficiencia de la calidad en la atención.

A la población mexicana le queda claro que son sólo palabras en papel cuando se escucha en los discursos políticos la famosa frase de “el derecho universal a la salud”, o cuando se lee en el periódico que la salud es un derecho humano, que se trabaja en la reducción de la mortalidad infantil y que existen programas que ayudarán a erradicar el hambre y

³¹Gutierrez J. Op cit pág. 18.



evitar la malnutrición de “nuestros niños mexicanos”. Sobre todo, les resulta poco creíble a aquellas personas que viven en las peores condiciones de pobreza, y alejados de los grandes cascos urbanos que es donde se centralizan los servicios de salud.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el derecho a la salud debe ser accesible para cualquier persona, que su calidad debe satisfacer las necesidades de los demandantes del servicio³² junto con la Constitución Política Mexicana que consagra el derecho a la protección de la salud de toda persona. Pero el sistema de salud mexicano se ha concentrado en las grandes urbes, en aquellos mexicanos que de alguna forma están incorporados formalmente a la economía del país, o que pueden cubrir sus cuotas para ser afiliados a estos sistemas de salud, y así tratar de asegurar en la medida de lo posible su salud y la de su familia.

La base de este sistema de salud son las instituciones de seguridad social, el IMSS, el ISSSTE, la SEDENA, la SEMAR, PEMEX, entre otras, y las instituciones privadas en las que las empresas del mismo giro aseguran a sus trabajadores.

La realidad catastrófica ante estos servicios de salud es evidente. Las personas que habitan en comunidades alejadas, no son asalariados ni empleados de gobierno, y no cuentan con la solvencia para pagar cuotas, no podrán gozar de los beneficios de estos servicios de salud. Aunado a esto, cerca de cuatro millones de personas no cuentan con IMSS, ISSSTE o Seguro Popular,³³ entre estos se encuentran habitantes de zonas rurales y de estados con alto índice de pobreza como Hidalgo, Oaxaca, Guerrero, Puebla y Chiapas.

³² Organización Mundial de la Salud. Derecho a la Salud. (Fecha de actualización: Noviembre 2013 Fecha de acceso: 17 marzo 2015) Dirección Electrónica:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

³³Vega M. Animal Político. México aun sin cobertura Universal en Salud. México.(fecha de última actualización:21 febrero 2015 Fecha de acceso: 17 marzo 2015 Dirección electrónica:
<http://www.animalpolitico.com/2015/02/mexico-aun-sin-cobertura-universal-de-salud-4-millones-tienen-issste-imss-o-seguro-popular/>



Especialistas en el tema, han reportado que este último estado es uno de los más pobres del país, y esto se ve reflejado en las condiciones de salud que lo colocan entre los estados con los peores índices de calidad de vida.³⁴

A continuación se describen algunos datos sociodemográficos de Chiapas reportados en la literatura, ya que es el estado en el que se encuentra la comunidad en la que la autora de este trabajo narra la experiencia y la responsabilidad social asumida frente a los habitantes de comunidades indígenas.

Chiapas tiene una población indígena que abarca cerca de 957,255 personas (aunque ese número puede variar según los criterios que se utilicen para realizar los censos). La mayoría de la población indígena del estado de Chiapas se concentra en tres regiones: los Altos, el Norte y la Selva.³⁵ Para este trabajo se describirá con mayor profundidad la primera: los Altos.

Esta región cuenta con ocho municipios, con índices que oscilan entre alta y muy alta marginación, y en los que la mayoría de la población reside en localidades pequeñas y dispersas, con vías de comunicación deficientes e inutilizables, y cuya actividad económica más importante es la agricultura. Estas comunidades subsisten de productos agrícolas como el maíz y frijol mayoritariamente, así como hortalizas y papa.³⁶

Respecto a los servicios de salud en Chiapas, según lo reportado por Cuevas, en el estado se cuenta con 1,147 unidades médicas de primer nivel y 38 de segundo, la mayoría ubicadas en el centro y la costa del estado; en el 2006 se construyó el primer hospital de tercer nivel que se conoce actualmente. La proporción de camas en los hospitales es de una cama por cada 1,759 habitantes, y respecto a los consultorios, están centralizados en las comunidades más grandes y urbanizadas del estado.

³⁴ Gutiérrez J. Op. cit. pág. 10

³⁵ CEDOZ Centro de Documentación sobre Zapatismo. México (fecha de acceso 18 marzo 2015) Dirección Electrónica: <http://www.cedo.org/site/content.php?doc=483&cat=113>

³⁶ Bayona E. Op. cit. Pág. 94.



La mayoría de las comunidades indígenas nunca han tenido el acceso al sistema de salud mexicano; la falta de recursos y la lejanía de algunas comunidades de los grandes centros urbanos, han llevado a la agudización y propagación de enfermedades fácilmente curables y prevenibles, si se les diera la atención en tiempo y forma adecuados³⁷. La mayoría de los indígenas chiapanecos sufre de malestares tales como dolor de estómago y de cabeza típicos de la desnutrición, debido a la mala alimentación y a la escasez de recursos e información sobre cómo seguir dietas balanceadas con los recursos que tienen a su alcance.

El Banco Mundial menciona que Chiapas, además de ser el estado con mayor desigualdad en distribución del ingreso monetario a nivel nacional, muestra un elevado número de habitantes económicamente activos pero independientes, considerados como población abierta, y que no cuentan con seguridad social.³⁸

La pobreza y la marginación se reflejan en una deficiente infraestructura pública en educación, comunicaciones internas e instalaciones telefónicas entre otros indicadores. Además, el sistema de salud es inexistente, sin suministros ni atención médica.³⁹

El derecho de los pueblos indígenas y las condiciones de salud en las que viven, ha resultado relevante para los expertos en la materia, ya que estos pueblos son vulnerables en los aspectos social, económico y político; viven en desigualdad e inequidad, lo cual es una violación a sus derechos humanos y es considerado como discriminación.⁴⁰

Por lo anterior, una vez que se han descrito los programas que el gobierno ofrece en torno a la salud general y bucodental, se describirá la realidad en la operatividad de estos programas.

³⁷Centro de Documentación sobre Zapatismo. Op. cit.

³⁸Hernández A. Op. cit. pag30

³⁹ Bayona E. Op. cit. pág. 94.

⁴⁰ Amorroz I. El derecho a la Salud en las comunidades Indígenas de Chiapas. Rev. pueblos y Fronteras Digital. 2011 pag8 Dirección Electrónica:
http://www.pueblosyfronteras.unam.mx/a11n11/art_01.html



Se comenzará con el Seguro Popular de Salud (SPS). Según la Auditoría Superior de la Federación (ASF), se han detectado casi cuatro millones de mexicanos mayores de cinco años (3.8% de la población) sin acceso a los servicios de salud. Pese a que el Seguro Popular (SPS) se enfoca en reducir los gastos en salud de la población más pobre del país, este objetivo todavía no se ha cumplido; cerca del 46% de los hogares afiliados a este programa tiene que pagar la atención médica y hospitalaria, así como los medicamentos.⁴¹

La población objetivo de este programa son las familias de los primeros seis deciles de la distribución del ingreso, que no sean derechohabientes de la seguridad social, residentes en el territorio nacional y que no tengan acceso a unidades de salud. Sin embargo, existen en México indígenas en estas condiciones económicas y, por supuesto, sin seguridad social, que no son beneficiados con este programa. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006-2012, seis de cada diez indígenas sobrevivían en el nivel socioeconómico más bajo. Esto expresa la magnitud de los retos para estos programas. El incremento en la cobertura de Apoyo Alimentario y Seguro Popular podría interpretarse como indicador de la reducción de la inequidad en salud, pero con escasa traducción en un incremento en la utilización de los servicios de salud.⁴² Lo cierto es que el papel que ha jugado el SPS es pieza clave de la mercantilización de la atención médica.⁴³

Por otro lado, el programa PROSPERA ha explicitado que brinda apoyos monetarios para la mejora en la cantidad y la calidad de la alimentación. Sin embargo, las dietas en las comunidades indígenas están limitadas a papa, frijol, tortillas, maíz y chile, y debido a los altos precios, el huevo, la carne y los lácteos, así como la fruta y algunas

⁴¹Vega M. Op. cit.

⁴² Leyva R, Infante C, Gutiérrez J, Quintino F, Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México 2006-2012. Rev. Salud Pública Méx 2013; 55 pág.123-128.

⁴³Tames S. Op. cit. pág. 133



verduras, han salido de su dieta. Esta alimentación escasa y repetitiva sin los nutrientes necesarios, provoca una desnutrición severa y deriva en anemia y algunas otras enfermedades que se asocian a la falta de nutrientes.⁴⁴

Este sistema de salud se postula como público y voluntario. Sin embargo, los hechos nos muestran que es más bien de carácter obligatorio debido a las cuotas que pagan por “afiliación” según su decil de ingreso.⁴⁵ Por tal motivo, es de difícil acceso a toda la población y no se puede asegurar su universalidad, debido a que hay familias que no podrían pagar las cuotas de afiliación para acceder a tener un médico que los atienda.

Para aclarar más el tema de las cuotas se hará la comparación entre las de la seguridad social y el SPS; las de la primera van de \$104.64 a \$1,494 mientras que las del SPS, de \$896 a \$14,949.⁴⁶ Por lo tanto, el acceso dependerá de la solvencia económica con la que cuente el individuo al momento de la solicitud del servicio. Entonces, se establece el siguiente cuestionamiento: ¿cómo podrían pagar los habitantes de zonas marginadas, como lo son las comunidades indígenas, un servicio de salud de este costo, si la mayoría de sus pobladores no percibe ni el salario mínimo diario?

Los recursos materiales y humanos también representan un problema, pues hasta el 2008 se habían construido 1,792 unidades ambulatorias y unos cuantos hospitales con solamente doce a veinte camas que no se ubican en áreas críticas; además, los paquetes de servicios también representarían limitaciones serias, pues las acciones que se realizan son elegidas bajo un criterio de costo-efectividad y no contemplan ciertas enfermedades que ocupan las primeras causas de muerte, como infarto, cáncer y accidentes severos.⁴⁷

⁴⁴Bayona E. Op. cit. pág. 99.

⁴⁵Tames S. Op. cit. pág. 138.

⁴⁶Idem

⁴⁷Idem



Otra gran limitación deriva en que, en contra de la lógica de la evolución de la enfermedad, si los pacientes empeoran corren el riesgo de no ser atendidos,⁴⁸ puesto que el paquete podría no contemplar ciertos niveles de gravedad de la enfermedad.

El SPS muestra dos problemas fundamentales: no es viable, pues hasta ahora no cuenta con la infraestructura necesaria para brindar servicios de calidad a la población “asegurada” y además, la cobertura de los riesgos es muy limitada y condicionada.⁴⁹ Asimismo, la falta del personal y de sitios de atención limita, en gran medida, el acceso a la atención de calidad. Este programa adolece de una propuesta médico-clínica, debido a que el objetivo real es implantar el modelo de participación llamada público-privada.⁵⁰ Por último, es importante mencionar que, a pesar de que se prometió alcanzar la cobertura universal de la atención de la salud, hasta el momento millones de personas siguen sin acceso a estos servicios.

Por otro lado Según el Consejo Nacional de Salud, la distribución de los servicios de salud (clínicas, centros de salud, casas de salud y hospitales) y el modelo histórico que han seguido en México, siguen estableciendo desigualdades regionales, ya que su concentración en el medio rural afecta principalmente a las comunidades que poseen menos de mil habitantes y más aún a las que tienen menos de 500 habitantes, en contraste con las más pobladas.⁵¹

Según el INEGI, las comunidades indígenas de México agrupan a seis millones, 695,228 personas que hablan una lengua indígena⁵². Las principales son: náhuatl, maya, y lenguas mixtecas; parte de esas comunidades se ha contemplado dentro de los casi cuatro millones de mexicanos mayores de 5 años que no tienen acceso a los servicios de

⁴⁸Tames S.Op. cit. pág. 144

⁴⁹Idem.

⁵⁰Idem.

⁵¹Hernández A, Soto L.M, Duran N. Dificultades para acceder a los servicios de salud en Chiapas. Gaceta Urbana 2008 N|6-7 (29-38)

⁵² INEGI. Instituto nacional de Estadística Geografía e Informática hallado en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/lindigena.aspx?tema=P>



salud.⁵³ Las comunidades indígenas se caracterizan por tener usos y costumbres propias; a interior, se entienden y mantienen estrechas relaciones entre ellos, debido a que pocos salen de sus lugares de residencia. También son poseedores de una quinta parte del territorio nacional, y son quienes contribuyen con su patrimonio a la riqueza de la nación.⁵⁴

El programa IMSS-Oportunidades se manifiesta sin perspectiva crítica y con muchas carencias, lo cual le impide cumplir su objetivo de la mejora en salud.

En cuanto a los sistemas de planificación familiar, existe una contradicción en el programa porque, aunque trata de convencer a las mujeres para que planifiquen sus embarazos, el programa también les otorga más dinero por tener más hijos.⁵⁵ Esto les da a entender que entre más hijos tengan, más apoyo económico obtendrán del programa, y así podrán tener una mejor calidad de vida tanto ellos como sus hijos. El problema radica en que el apoyo económico es solamente un complemento al ingreso familiar, pero en muchas comunidades se convierte en el único sustento seguro.⁵⁶

Respecto a esta problemática de salud, en las zonas rurales de la sierra de Chiapas no existen centros sanitarios especializados en la salud reproductiva y sexual de la mujer, así como en la asistencia materna, por lo cual las parteras suelen trabajar por su propia cuenta, cobrando alrededor de 500 pesos si es niño y 250 si es niña (esto debido a que el hombre será la base del sustento de la familia cuando su padres ya no puedan serlo; y la mujer ya no será de la familia cuando se case con un hombre, por lo que no se le considera importante para el sustento familiar, además de que sus tareas no tienen tanto valor social para ellos). Las historias personales de estas mujeres se limitan al cuidado de la familia y

⁵³ Vega M. Op. cit.

⁵⁴ CDI .Comisión Nacional para el desarrollo de los Pueblos Indígenas. (fecha de acceso 19 marzo 2015) Hallado en: <http://www.cdi.gob.mx/>

⁵⁵ Idem. pág. 27

⁵⁶ Bayona E. Op. cit. pág. 104



a una vida dedicada a la reproducción, que repercute en su salud debido a que sus ideologías y creencias les impiden el uso de métodos anticonceptivos y revisiones por los ginecólogos; lo cual las lleva a tener embarazos continuos que se combinan con la desnutrición, la anemia, y otras enfermedades asociadas a la debilidad física y al cansancio.⁵⁷

Las carencias son obvias, y no sólo los pacientes, sino los mismos doctores las reconocen inmediatamente. Primeramente, las instalaciones son generalmente inadecuadas y limitan el servicio de salud “Un consultorio médico debería ser un lugar aséptico, y esto es difícil cuando el gobierno no siempre apoya en la construcción de “Centros de Salud”. Respondiendo a este incumplimiento del gobierno, las comunidades construyen sus propias “Casas de Salud” a como les alcancen los recursos.”⁵⁸

Otras carencias destacadas son la falta de acceso del personal y los medicamentos.⁵⁹ Los médicos que asignan para cubrir estos programas son en su mayoría pasantes de medicina, quienes prestan su servicio social durante un año, con jornadas laborales muy extensas, que les impiden atender a todos los pacientes en el mejor de los casos; en otros, prefieren evitar el cansancio debido a las largas filas que demandan el servicio, y no ejercen su profesión como deberían.⁶⁰

Gutiérrez⁶¹ señala testimonios de médicos que han dado consulta en las comunidades de Los Altos de Chiapas, como el siguiente:

“El doctor Gerardo comentó que como él vive allí, da consulta a cualquier hora. Sin embargo, se va a San Cristóbal cada fin de semana; llega a la comunidad cada lunes en la mañana y se va el viernes, a veces hasta desde el jueves. Además, visita a otra comunidad más pequeña una vez a la semana y a final de cuentas, solo está en la comunidad unos 4 días a la semana”

⁵⁷Bayona E. Op. cit pág. 106.

⁵⁸Gutiérrez J. Op. cit. pág. 17

⁵⁹Idem

⁶⁰Idem pág 18

⁶¹Idem



En este artículo también se menciona que, según un funcionario público en Tuxtla Gutiérrez, se envía a los pasantes con los promedios más bajos a las comunidades rurales. Aun cuando cada pasante elige el lugar donde realizará su servicio social, aquellos con promedio más alto son los que eligen primero, generalmente cerca de sus casas y en la ciudad. Las plazas de las comunidades más aisladas y marginadas quedan para aquellos con promedios bajos.⁶²

En cuanto a la efectividad del objetivo que se planteó en salud y nutrición, la realidad es que no se sabe a ciencia cierta si los apoyos que se les brindan realmente se usan para mejorar la nutrición como lo plantean las reglas del programa Oportunidades, en el que se estipula que deberían mejorarse la cantidad, calidad y diversidad de los alimentos que ingieren, pero en realidad no existe ninguna corresponsabilidad ni vigilancia que asegure que éste sea el caso. La dotación del suplemento alimentario (al cual conocen como papilla) también es inefectivo,⁶³ debido a que en estas comunidades no hay suficiente información sobre los beneficios a la salud que trae consigo su consumo, por lo que los habitantes que lo reciben, suelen cambiarlo por alimentos más altos en calorías o que sacien por más tiempo su hambre, según las experiencias recabadas por médicos del programa Oportunidades.

Asimismo, se brinda atención médica en los consultorios rurales o en casas de salud en el mejor de los casos, pero ante una emergencia, los doctores del programa Oportunidades canalizan a los pacientes a clínicas u hospitales de atención secundaria y terciaria, ya sea en San Cristóbal de las Casas, Tuxtla Gutiérrez, Comitán o Tapachula.⁶⁴ Esto representa realizar largos traslados que le generarían al individuo gastos que no contemplaba y que generalmente salen de sus posibilidades. Además, los escasos recursos sanitarios en las zonas rurales están ubicados generalmente en lugares pequeños y ambulatorios, donde a

⁶²Gutiérrez J. Op. Cit. Pág. 19.

⁶³Idem. pág. 20.

⁶⁴Idem. pág. 26.



veces no hay ni alcohol para curar las heridas, y que desafortunadamente no se encuentran en todas las localidades, y en el caso de necesitar un médico, habrá que salir a buscar quién se encargue de poner inyecciones, curar heridas, atender algunos accidentes urgentes y sin grandes complicaciones, entre otros servicios de salud.⁶⁵

En cuanto a los traslados para obtener el acceso a los servicios de salud y garantizar así este derecho universal, se deben analizar los aspectos geográficos, políticos, culturales y económicos de Chiapas y sus comunidades indígenas.

El programa Amanecer también se postula como una iniciativa pública únicamente aplicada en el estado de Chiapas, pero encaminada para brindar atención a los adultos mayores de 64 años; sin embargo, en repetidas ocasiones, los ancianos presentan dolencias tales que no les permiten moverse de sus casas ni para salir a conseguir alimentos, mucho menos para transportarse a los lugares donde se les otorguen los beneficios del programa, que generalmente se localizan en las cabeceras municipales lejos de las comunidades marginadas como Miguel Utrilla, lugar en el que la autora de este trabajo experimentó la vivencia de responsabilizarse socialmente con respecto a la salud bucodental de sus habitantes.

Por lo tanto, el programa Amanecer no funciona del todo en las comunidades más pobres y marginadas de Chiapas.

También es sabido que se ha puesto mayor atención a la región del Soconusco, aunque se dice que han cumplido con la mayoría de los adultos mayores del estado.⁶⁶

La realidad en cuanto a los programas de salud bucodental no es distinta. De hecho, es aún más preocupante debido a que sólo en algunos de los programas de salud que implementa el gobierno se considera a la

⁶⁵ Bayona E. Op. cit. pág. 102

⁶⁶ Chipas. Agradecido beneficiarios por apoyos del programa amanecer. México (fecha de última actualización: 18 de SEPTIEMBRE 2012 fecha de acceso: 17 de marzo 2015) Dirección electrónica. <http://www.sexenio.com.mx/chiapas/articulo.php?id=6127>



atención dental. Además, no se ha dado la debida atención al impacto social de los problemas bucales, ni se han reconocido adecuadamente las implicaciones económicas y sociales que estos padecimientos pueden ocasionar en el individuo.⁶⁷

Pese a que existen programas de la Facultad de Odontología de la UNAM, de Fundación UNAM y de otras universidades públicas que prestan atención a la salud bucodental de la población en general, siguen siendo escasos y no cubren las necesidades que demanda la población inclusive en las ciudades, y definitivamente son tan pocos los profesionistas que deciden descentralizarse de las grandes urbes hacia comunidades indígenas, y éstas son tan numerosas a lo largo de la República Mexicana, que resulta prácticamente imposible cubrir las necesidades de salud bucal que demanda la población indígena en sus comunidades.

Existen programas como el de Salud Bucal para Preescolares y Escolares, que está encaminado a fortalecer el autocuidado, y da por hecho que los niños tienen los conocimientos de salud bucal requeridos para el mantenimiento de su salud, ya que no toma en cuenta que la mayoría de los padecimientos bucales que presentan los niños en esta edad están adjudicados principalmente a la falta de información de los padres para instruir a los hijos en el cuidado de la su salud bucal, y a la poca atención que se les da. Sin embargo, en muchos otros casos, la desatención se debe a la falta de recursos para acudir a una consulta privada. Existen fallas en el diseño de estos programas; uno de ellos es que están creados para ser implementados en las comunidades urbanas, en las que los niños acuden a las escuelas, y donde existen más facilidades para aplicarlos.

En los medios masivos de comunicación se promociona la Semana Nacional de Salud Bucal, y se pide la participación social para la aplicación de las medidas preventivas; sin embargo, tanto la difusión

⁶⁷ Medina C. Op cit. Pág. 275.



como el acceso se limitan a aquellas personas que tienen televisión, radio, o internet, y se olvidan por completo de las comunidades en las que no hay acceso a estos medios de comunicación. Además, un programa de mejora de la calidad de la salud general o bucodental, va más allá de hacer difusión masiva.

Los programas de salud pública que brindan atención a la salud bucodental de la población, como son el SPS y los centros de salud de la SSa, presentan ciertas limitaciones; una de ellas es la falta de odontólogos para atender a la comunidad; la segunda es que realizan principalmente métodos preventivos, algunos restaurativos y ninguno de rehabilitación de la función masticatoria aún con los índices de caries y enfermedad periodontal que se han reportado; la tercera se relaciona con la dificultad para la solicitud de una consulta, ya que constantemente no se cuenta con el material necesario para realizar el tratamiento adecuado; en el caso de las comunidades indígenas como las de Chiapas, cuando surge un problema de atención odontológica, los habitantes deben trasladarse a las cabeceras municipales para que algún profesional pueda atenderlos.

Las instituciones médicas resuelven las enfermedades desde una perspectiva puramente científica, con el uso de medicamentos para mitigar los síntomas, pero en comunidades con alto grado de rezago social, éstas no se curan sólo con medicamentos. A esta situación, algunos autores le llaman la enfermedad de la pobreza, la del hambre y de la carestía, ya que son problemas de estado con repercusiones políticas sin fácil solución. Son malestares sociales, males en los cuerpos de los indígenas que somatizan enfermedades e incluso muertes como consecuencia directa de un entorno periférico marginal.⁶⁸

La enfermedad de la pobreza se caracteriza porque es incurable, porque mientras en otros lugares el mal es tratable bajo estas circunstancias, en las comunidades indígenas los tratamientos son más

⁶⁸Bayona E. Op cit. pág. 94.



largos y en muchos casos permanentes, lo que provoca una continua reproducción de la situación de escasez económica y marginalidad asociada. La enfermedad de la pobreza también hace alusión a un tratamiento médico desigual, sin posibilidad de acceder a buenos médicos, tratamientos u operaciones, y con escasas posibilidades de negociación.⁶⁹

Es decepcionante darse cuenta que los políticos utilizan repetidamente la promesa de la salud universal e igualitaria para los mexicanos. Basta con ver en fechas recientes, en las campañas electorales, anuncios publicitarios en los que los senadores de ciertos partidos políticos prometen salud garantizada y vales para la adquisición de medicamentos, promesas que se realizan con el fin de ganar un voto, y de las cuales generalmente se olvidan al obtenerlo.

Aunque los programas de salud se enfoquen a estas comunidades, la realidad es que se necesitan más que sólo propuestas y programas, más que promesas por campañas; urge que esas comunidades sean atendidas. Se requiere de caminos adecuados, hospitales y centros de salud cerca de las comunidades alejadas de los grandes cascos urbanos, así como de infraestructura para brindarles mejores condiciones de vivienda, luz, drenaje y comunicaciones, además de hacer valer en estas comunidades su derecho a la salud, y así garantizar la plenitud de su vida. Se requieren profesionistas de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos, odontólogos, entre otros) comprometidos con su comunidad, con sus integrantes que necesitan cuidado, atención y supervisión, que no actúen obligadamente sólo por cubrir un requisito o un trámite de titulación; se necesita que aquellos quienes están en proceso de formación en algunas de las profesiones citadas, recién egresados, e incluso aquellos que ya llevan un camino recorrido en cuanto a su desarrollo profesional, volteen y tengan presente su responsabilidad y deber social, su compromiso ante aquellos quienes más los necesitan; actuar con un sentido de ética y profesionalismo ante la problemática actual en México.

⁶⁹Bayona E. Op. cit. pág. 97.



Por ello, el siguiente capítulo se abordarán las bases éticas y morales que rigen el ejercicio de la profesión odontológica, así como las necesidades en el tema de educación a nivel profesional para que los estudiantes al ser egresados apliquen todas estas bases a su ejercicio profesional dentro y fuera del consultorio.



3. El papel del odontólogo frente a la problemática actual en torno a la salud general y bucodental.

El análisis y la reflexión ética formal son componentes esenciales en la toma de decisiones de los profesionales de la salud, debido a que todo ejercicio para la emisión de un diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento hasta su ejecución, tendrá algún tipo de repercusión (buena, en el caso de aciertos, o mala cuando se cometan errores en la práctica), que afectará el estado de salud de los pacientes en forma importante, por lo que debe tener una base ética ⁷⁰ y un componente moral.

Torres⁷¹ menciona que las conductas morales son aquellas que pueden tener buenas o malas consecuencias y, por lo tanto, ser evaluadas como correctas o erróneas usando un criterio objetivo razonado; ella define a la ética como: “ciencia de la moral”, que es la reflexión filosófica que permite esclarecer y fundamentar acerca de lo bueno y lo malo.

El desarrollo acelerado de la ciencia y la tecnología, así como la implementación de nuevos métodos y tratamientos, le han dado al hombre las herramientas para manejar lo biológico, cambiar lo que la naturaleza propone y decidir, en algunos casos, respecto de lo que la vida y un ser humano pueden llegar a ser. El cambio de enfoques filosóficos, así como la toma de decisiones políticas y económicas en la aplicación de los recursos para la atención de la salud, aunado a un gran número de nuevos escenarios que se han extendido a todas las disciplinas sanitarias, han determinado el cambio de la ética tradicional en la bioética actual,⁷² que ha ocupado un papel creciente en el marco de la filosofía y la moral, y que ha generado repercusiones importantes en el orden de lo jurídico y lo social de los pueblos; asimismo ha jugado un papel importante en cuanto a la sensibilización de los miembros de la comunidad científica y de los

⁷⁰ Torres M, Romo F, Bioética y ejercicio profesional de la Odontología Acta Bioethica 2006; Chile 2006.41-47.

⁷¹ Idem. Pág. 66.

⁷² Idem.



profesionistas de la salud sobre los derechos de las personas, considerado éste un logro destacado en las últimas tres décadas. Sin embargo, recientemente se ha reconocido a la bioética como una disciplina esencial, que ayuda tanto a médicos como a odontólogos a resolver los diferentes dilemas que surgen con la constante evolución de la ciencia.⁷³

La bioética es definida como una ciencia práctica de aplicación inmediata en la odontología y la medicina, por lo cual se divide en dos tipos:

- Bioética clínica: en ésta, los principales protagonistas son el médico y el paciente, así como su entorno.
- Bioética cultural: constituye la responsabilidad ética del medio ambiente, los problemas de la equidad y la justicia en el acceso a los recursos, decisiones de salud pública de gran repercusión social y legal y constituye un esfuerzo sistemático de relacionar los dilemas de la bioética con el contexto histórico, ideológico, cultural y social.⁷⁴

Ambas clasificaciones de bioética son primordiales para efectos del presente trabajo; por un lado, los pacientes y los odontólogos como protagonistas en la bioética clínica y por otro, la que involucra la equidad en la distribución de los servicios de salud, tanto por instituciones gubernamentales, como por asociaciones y profesionistas de la salud con responsabilidad social.

El ejercicio de la odontología es considerado una profesión, es decir, un trabajo aprendido, mediante el cual el individuo trata de solucionar sus necesidades materiales y de las personas a su cargo, además de servir a la sociedad y perfeccionarse como ser moral. Toda profesión se hace y ejerce en sociedad y para el servicio de la misma, de ahí la importancia de su carga moral. Todo profesional se convierte así en

⁷³Torres M. Op. cit .pág. 67

⁷⁴Idem.



un servidor de los demás,⁷⁵ sin distinción de ningún solicitante, pues ha adquirido el derecho de ejercer su profesión y la obligación de hacerlo adecuadamente. Es aquí donde entra en juego “la vocación”, que se basa en lo más singular que puede tener un ser humano; éste es el llamado de lo más interno e íntimo, y está cargado de aspectos y elementos éticos. Por desgracia, la profesión no siempre coincide con la vocación; cuando la profesión coincide con la vocación, ningún trabajo se hace pesado; hay entrega y dedicación.⁷⁶

La falta de aplicación de preceptos éticos en el ejercicio de la odontología, así como su ausencia en los currículos de las instituciones formadoras de profesionales de la salud bucal, ha generado una mala práctica de ésta y el deterioro de la imagen de estos profesionistas;⁷⁷ por tal motivo, urge que en la educación superior se incluya la formación de valores, para generar una cultura de respeto por la vida y así influir en cualquier escenario de actuación del ser humano ⁷⁸para generar cambios que influyan de manera importante no sólo en la sociedad, sino en los mismos profesionistas.

En las escuelas y facultades de odontología se requiere mejorar la enseñanza de la ética, ya que en ocasiones, aparece sólo como asignatura y en aspectos teóricos, pero no se explicita su inclusión en el resto de las asignaturas, ni como criterio de evaluación; valdría la pena incluirla en el aspecto práctico (clínico), ya que diversos estudios han demostrado que hay cambios en la conducta durante la práctica clínica, y ésta puede requerir una sensibilización hacia los valores humanos en el cuidado dental.⁷⁹

El desarrollo de las habilidades manuales y prácticas, así como la adquisición de conocimientos científicos, son elementos indispensables

⁷⁵ Torres M. Op. cit. Pág.66

⁷⁶ Idem.

⁷⁷ Triana J. La ética: un problema para el Odontólogo. Acta Bioethica 2006.; 12 (1) 75-80.

⁷⁸ Bermúdez C. Necesidad de la Bioética en la Educación Superior. Acta Bioethica 2006;12 (1) 35-

40

⁷⁹ Torres M. Op. cit. Pág.68



aunque no suficientes para proporcionar un estado de salud oral de calidad a los pacientes. El factor más importante es el compromiso de los odontólogos para aplicar su capacidad con integridad, teniendo como objetivo principal los intereses del paciente y su salud oral, en resumen, actuar con ética.

La justificación para enseñar ética en las universidades que imparten esta licenciatura, es facilitar el desarrollo profesional y personal de los estudiantes para que se conviertan en seres humanos responsables, tanto social como profesionalmente.⁸⁰

De la misma manera, hace falta la incorporación de las ciencias sociales en la formación de los profesionales de la salud bucodental, debido a que actualmente, hay una necesidad imperiosa de que los conocimientos vayan más allá del “hacer del odontólogo” y aquéllas permitirían formar un dirigente de la comunidad que conozca sus problemas y sus causas para que pueda contribuir a prevenir y resolverlos por medio de la planeación, el diseño, la implementación y la evaluación de proyectos sobre la salud oral de las comunidades (urbanas y rurales). Se trata entonces, de aplicar sistemáticamente los conocimientos del ámbito odontológico y la explicación de los fenómenos naturales y sociales que determinan el proceso de salud- enfermedad,⁸¹ así como analizar a las comunidades para replantear las políticas y programas de salud en los que aparentemente se incluyen los poblados más marginados del país, pero a quienes realmente no llegan.

Por otro lado, en cuanto a la formación de los profesionistas de la salud en torno a la prevención, es importante mencionar que si éste fuera el enfoque, en parte, las condiciones en las que se encontrarían a los enfermos del país serían muy diferentes; sin embargo, únicamente el 5% del gasto público se destina a los servicios preventivos, mientras que los

⁸⁰ Zaror C, Vergara C. Ética en el vínculo de las carreras de Odontología. *Acta Bioética* 2008; 14 (2) 212-218.

⁸¹ Payares C, La incorporación de las Ciencias Sociales en la formación del recurso humano odontológico. *Duazary* 2007; 2 vol. 4nº2 168-174.



curativos absorben el 64%,⁸² y los profesionistas de la salud bucal tradicionalmente fungen antes como restauradores, que como promotores de la salud.

Torres y Romo⁸³ señalan tres componentes de la ética para los profesionistas de la salud bucodental; el primero es un deber moral; éste es el que asume el dentista de “hacer el bien”; sin embargo, la decisión del odontólogo frente a un caso dependerá tanto de la técnica como de la ética, pero siempre fundamentados en las antiguas leyes hipocráticas donde el médico siempre buscaba el mayor bien del enfermo. En la actualidad, la elección y demanda del paciente deben equilibrarse con las obligaciones profesionales para el “no daño” y “beneficio”.

El siguiente componente lo han denominado intelectual, y en él, todo profesional está obligado a adquirir y mantener la capacidad necesaria para desarrollar sus tareas profesionales y a realizar sólo aquéllas que están dentro de su competencia.⁸⁴

Por último, se encuentra el componente organizacional, que cita las normas para la interrelación profesional y con la comunidad, así como los códigos de ética y asociación profesional.⁸⁵

En todo momento, durante el ejercicio de su vida profesional, el odontólogo y cualquier otro profesional de la salud, se ve en contacto directo con el paciente, debe contemplar que se encuentra ante un ser humano, que más allá de estar afectado por algún problema bucodental o de salud, es un humano en busca de ayuda, no un expediente más o en un conjunto de datos; o lo que es peor, verlo como un bien económico.⁸⁶

Como ya se mencionó, para ser un profesionista de la salud se requiere vocación, que incluye el compromiso de servicio a la población; la calidad de esta acción no debe depender de si existe o no una

⁸² Cano F. Op. cit. Pág. 28

⁸³ Torres M, Op. cit. pág. 68.

⁸⁴ Idem.

⁸⁵ Idem.

⁸⁶ Moreno W, Sánchez C, Orozco L, Álvarez A. La calidad de la atención en el servicio odontológico. Factores que la determinan. Rev. Odontología Actual 2007-8 Vol. 5 n° 59.



remuneración económica. La vocación va más allá de esto; es el compromiso de servir a quienes no tienen la posibilidad de recibir la atención, de brindar los conocimientos y habilidades a quienes lo requieran, independientemente de su condición económica o su lugar de residencia (como lo son las comunidades indígenas); la vocación para los prestadores de servicios sanitarios, debería ser una especie de pasión por servir.

Esta pasión por servir va encaminada junto con el juramento que los servidores de la salud hacen al terminar la carrera y obtener la licencia para ejercerla; en éste se promete anteponer las necesidades del enfermo, antes que las del profesionista, este es conocido como Juramento Hipocrático, el cual ha sido un símbolo moral que es enunciado por los profesionistas de la salud para hacer alusión a la promesa ética de tratar al ser humano enfermo, en lugar de tratar una enfermedad. Es una promesa de que el profesionista de la salud tendrá respeto y compasión por el paciente y que a la letra dice:

“En el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica, prometo solemnemente:

Consagrar mi vida al servicio de la humanidad.

Mostraré a mis maestros el respeto y la gratitud que le son debidos.

Practicaré mi profesión con conciencia y dignidad; la salud de los pacientes será mi primer objetivo.

Respetaré los secretos que se me confíen aun después de morir el paciente.

Mantendré por todos los medios a mi alcance el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica. Mis colegas serán mis hermanos.

No permitiré que consideraciones de religión, nacionalidad, raza, partido político o nivel social se interpongan entre mi deber y mis pacientes.

Mantendré el máximo respeto por la vida humana desde el momento de la concepción; no usaré mis conocimientos médicos en contra de las leyes de humanidad, incluso bajo amenaza.



Hago estas promesas solemne y libremente, bajo mi palabra de honor.⁸⁷

Al analizar en profundidad este juramento, es evidente que los profesionistas de la salud general y bucodental, ejercen parcialmente lo citado; generalmente no utilizan las leyes hipocráticas como parte fundamental de la práctica diaria de su ejercicio profesional, debido a que no tienen noción de la problemática en torno a la salud del país y si la tienen, se muestran indiferentes ante estos temas en los que se deberían ver involucrados continuamente, y es hasta que tienen la realidad frente a sí mismos, que se percatan que ésta es aún peor de lo que puedan decir los medios masivos de comunicación.

Hace falta crear conciencia en los estudiantes del área de la salud hacia las necesidades de los grupos vulnerables y alejados de los servicios de salud, así como crear el interés por seguir los fundamentos del servicio a la humanidad, para brindar su tiempo en zonas marginadas del país.

La bioética debe convertirse en el eje rector de la formación de los profesionales de la salud, así como del quehacer cotidiano de todos los que han obtenido un lugar en las diversas instituciones que brindan atención a la salud, y se debe realizar un examen continuo en los valores que rigen la relación de la moral con los deberes, obligaciones y normas de justicia, convirtiéndola en una herramienta para ayudar a los pacientes desde su ámbito de trabajo.⁸⁸

Es importante poner especial atención a las comunidades como las de los Altos de Chiapas, y ver a estos pacientes, no sólo como un número clave para la estadística sobre el tema de marginación en salud, educación y vivienda del país, sino para tratarlos como un ser humano, con necesidades, carencias, angustias, ilusiones, metas; verlos con la calidez que se merecen y no sólo como una patología más. Hacer valer

⁸⁷ Pasado y Presente del Juramento Hipocrático. RAR vol.73 núm. 2 año2009 páginas: 139-141.
Hallado en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/rar/v73n2/v73n2a01>

⁸⁸ Moreno S. Op cit. Pag.54



sus derechos en torno a la salud, y devolverles la dignidad mediante la práctica consciente de la odontología.

A pesar de que gran parte de los odontólogos no conocen, ni se interesan por los índices de las problemáticas de salud en el país, ni por la distribución de los servicios, ni por saber si el gasto público se está utilizando con los fines para los que está destinado, existen técnicos y profesionistas de la salud y de otras áreas (sociólogos, politólogos, filósofos, músicos, teólogos, arquitectos, pedagogos y traductores) que se han interesado por el trabajo en estas comunidades y han puesto en marcha brigadas de salud que son llamadas “médico- educativas”. Son grupos de personas responsables socialmente y comprometidos con los habitantes que no gozan de derechos a la salud, educación y vivienda; pasantes y profesionistas que conocen que con los programas de inclusión social propuestos por el gobierno de México y las políticas de salud no son suficientes, y que hacen falta personas con el deseo de ser partícipes en suplir, de diversas maneras, las necesidades de quienes más lo necesitan.

Por ello, en el siguiente y último apartado de este trabajo, se describe la experiencia de formación profesional de la autora de este trabajo en una comunidad de los Altos de Chiapas, en la que pudo experimentar la realidad social, la marginación y la vulnerabilidad de las comunidades indígenas en el país, creando conciencia a partir de esta experiencia y modificando la perspectiva de la profesión odontológica y de la responsabilidad social que se tiene como profesionista de la salud bucodental.



4. Experiencia personal Los Chorros, Chiapas: un ejemplo de responsabilidad social en salud general y bucodental

En este capítulo se describe la experiencia personal que se tuvo con una comunidad de Los Altos de Chiapas denominada Miguel Utrilla (Los Chorros), en la que hubo la oportunidad de brindar un servicio de atención bucodental, y de este modo, se abrió una perspectiva en la forma de concebir a la profesión odontológica.

El primer contacto que la autora de este trabajo tuvo con esta comunidad fue en el año 2012 en el mes de julio, ocasión en la que accedió a una invitación de una asociación civil encabezada y formada años atrás por médicos, odontólogos, así como por pasantes y estudiantes de diferentes profesiones que, desde años atrás y hasta la fecha, acuden a la comunidad con el único propósito de ayudar, compartir y brindarles mejores condiciones de salud y de vida a los habitantes.

La localidad de Miguel Utrilla (Los Chorros), municipio de Chenalhó en el estado de Chiapas, cuenta con una población total de 1,113 habitantes, de los cuales, 551 son hombres y 562 mujeres según el último censo de población del INEGI (Instituto Nacional de Geografía en Informática) en el año 2010.⁸⁹ (Figura 3) Este municipio es considerado con los más altos de marginación en el estado. (Figura 4)

⁸⁹ Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática Censo de Población y Vivienda 2010, consulta rápida. México (Fecha de actualización: 2010. Fecha de acceso: 18 de marzo 2010) Dirección Electrónica: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/ResultadosR/CPV/Default.aspx?texto=chorros>



Figura 3. El río en “Los Chorros”⁹⁰

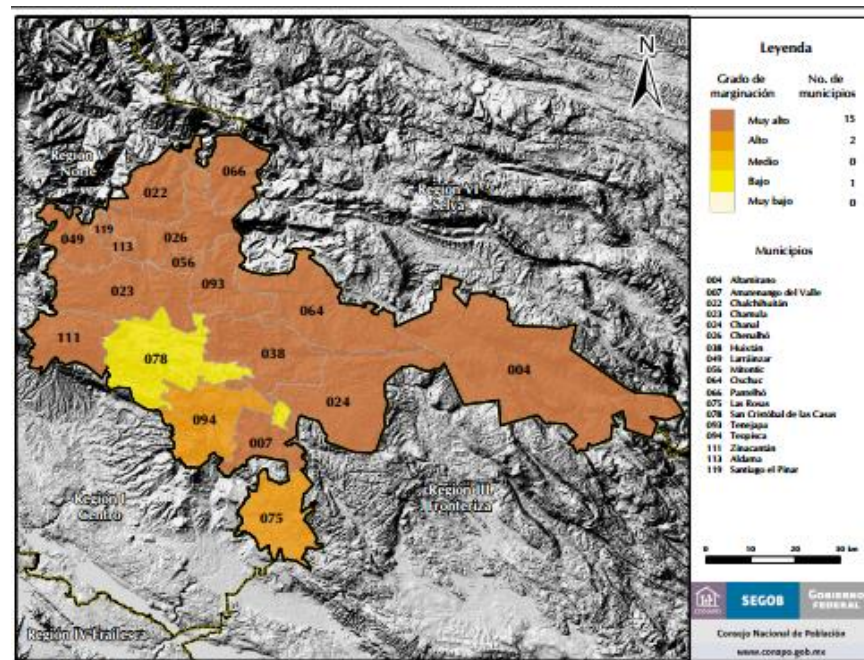


Figura 4. Altos grados de marginación en Chiapas por municipio⁹¹

Los Chorros es una comunidad cafecultora con pocas posibilidades de siembra de otros productos, debido a que la cosecha del café es una tradición que ha pasado de generación en generación. (Figura 5)

⁹⁰“El río en los Chorros” Julio 2014. Chiapas México. Fuente Directa.

⁹¹ Secretaría de Gobernación. Consejo Nacional de Población: Chiapas Región II Altos. Grados de Marginación por Municipio 2000. México (Fecha de acceso: 25 Marzo 2015) Dirección electrónica: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indices_de_marginacion_2000



*Figura 5. Los molinos de café*⁹²

Su dieta consiste básicamente en tortillas de maíz que las mujeres preparan todas las mañanas para alimentar a la familia, frijol, chile, limón y pasta hervida. En ocasiones especiales, se consume carne o pollo, aunque estos escasean debido a los costos elevados.

Bayona señala que:

“La dieta escasa en nutrientes y deficiente en cantidad y calidad de los mismos, da por resultado la desnutrición que se observa en sus dientes negros y en el cansancio continuo que padecen. Es un hambre acumulada desde la infancia que se produce diariamente en el interior de los hogares y con la que se vive cotidianamente.”⁹³

A los bebés se les ve pegados al seno de la madre aun cuando ya caminan. La leche escasea en la comunidad; es común que los niños sacien su hambre con productos chatarra de marcas poco reconocidas que habitualmente se venden en la comunidad, y que son altamente calóricas por precios que oscilan desde 50 centavos hasta los dos pesos, así como con Coca-Cola[®].(Figura 6)

⁹²“Los molinos de café” Julio 2014. Chiapas México. Fuente Directa.

⁹³ Bayona E, Op cit Pág. 100.



Figura 6. Hilda comiendo helado⁹⁴

Al respecto, es preocupante el consumo de esta bebida, no sólo por los altos índices de caries y complicaciones bucodentales que presentan los niños de la comunidad a muy temprana edad, sino por los altos grados de desnutrición que padecen. El consumo de este refresco se debe a que en la comunidades de los Altos de Chiapas, la empresa FEMSA[®] de México ha aplicado una estrategia de ventas que se basa en “brindar precios accesibles”, y venden el producto en las comunidades a precios muy bajos (dos pesos el medio litro), lo que les permite que éste sea sustituido en las comidas por agua o pozol.⁹⁵

Las familias de Los Chorros están conformadas en su mayoría por los padres, y entre cuatro y cinco hijos que viven en casas de madera con techos de lámina; todos los integrantes viven, duermen, comen, y cocinan en la misma habitación (Figura 7). Algunos otros con algún poder adquisitivo “más alto” (debido a que salen a trabajar a las ciudades cercanas), han construido sus casas con tabiques o tabicones que han comprado, o en su defecto, que les ha regalado el gobierno a cambio de un voto, según refieren los lugareños.

Las madres son generalmente muy jóvenes, debido a que comienzan su vida sexual a temprana edad ya que no tienen conocimientos sobre control de natalidad y métodos anticonceptivos.

⁹⁴“Hilda comiendo Helado” Julio 2014. Chiapas México. Fuente Directa

⁹⁵ Page J. “Refresco y diabetes entre los mayas de Tenejapa, San Cristóbal de las Casas y Chamula, Chiapas”. *Liminar R* Vol. 11 núm. 1 San Cristóbal de las Casas México. 2013.



Figura. 7 Las familias indígenas⁹⁶

Los datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO) revelan que Chenalhó, municipio al que pertenece la comunidad de Los Chorros, tiene carencias en la mayoría de los indicadores del Índice de Desarrollo Humano: bajo nivel educativo y alto analfabetismo, reducidos o nulos ingresos, y una población distribuida en pequeñas localidades que reside en viviendas sin servicios básicos de agua, luz o drenaje.⁹⁷

La telefonía celular pierde señal al entrar a la comunidad, por lo que cualquier fuereño, al igual que los habitantes de la comunidad, queda incomunicado mientras permanece en ésta; los caminos son largos para encontrar un teléfono fijo y poder realizar una llamada. La difusión de la información dentro de “Los Chorros”, se ve limitada a una camioneta con un megáfono con el que anuncian las noticias al amanecer, y que generalmente se refieren a animales perdidos o a anuncios de trabajo para recolectar café.

La mayoría de los trayectos que deben hacer es a pie (Figura 8), y de necesitar transportarse a un poblado cercano, lo harán en camionetas de carga con un costo que cotizará el dueño del vehículo.

⁹⁶ “Las familias indígenas” Julio 2014. Chiapas México. Fuente Directa.

⁹⁷ Consejo Nacional de Población Índice de Marginación por entidad Federativa y Municipio México. (fecha de actualización 2010 Fecha de acceso: 18 de marzo 2015) Dirección Electrónica: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices_margina/mf2010/CapitulosPDF/Anexo%20B2.pdf



*Figura 8 Los caminos*⁹⁸

En cuanto a la educación, la escuela primaria (única) se encuentra a la entrada de la comunidad; en ella se les enseña a los niños a hablar el castellano y la escritura en tzotzil o tzeltal. Esta escuela abre sus puertas en las épocas en las que hay maestros rurales, hablantes de tzotzil, tzeltal además del español; sin embargo, la mayoría de los habitantes cursó hasta tercer año de primaria y son muy pocos quienes hablan el español.

Las condiciones de desigualdad en esta comunidad son notorias hasta en el género que coloca a la mujer como un objeto de crianza de los hijos; esta misma desigualdad le impide utilizar otra vestimenta que no sea la ropa típica que han usado desde niñas, ni tomar decisiones sobre su salud y cuidados personales.

Como antecedente de salud, es importante señalar que las condiciones de higiene de los habitantes, en general, son deficientes, debido a que no se les ha brindado información sobre la importancia del baño diario y el aseo bucal tres veces al día; además de no contar con los recursos necesarios para hacerlo.

Debido a la falta de higiene que existe en la población, hay un alto grado de contagio de pediculosis, además de diversas enfermedades aunadas a la desnutrición como son; diarreas, cefaleas y síncope. En cuanto al tema de salud bucal, cuando la autora de este trabajo acudió por primera vez a esta comunidad, los habitantes tenían un aspecto

⁹⁸“Los caminos” Julio 2014. Chiapas México. Fuente Directa.

desolador. Se observó una gran cantidad de pacientes con enfermedad periodontal, presencia de cantidades importantes de cálculo dental incluso en las caras oclusales, que traía consigo movilidad dental; también se registró caries en grados avanzados que impedían la rehabilitación de los dientes. (Figura 9)



Figura 9. Condiciones de salud bucal de los habitantes de Los Chorros.⁹⁹

Otra constante era el uso de prótesis dentales fijas, mal ajustadas y de materiales que generalmente son usados para prótesis removibles, o que ya están en desuso, colocadas sobre dientes sanos y sin previas preparaciones protésicas, que terminaban por afectar de manera importante los tejidos pulpares y periodontales de los dientes y dejando a los brigadistas tratantes solo la opción de la extracción dental (Figura 10). Cuentan los habitantes de la comunidad que hablan español, que esas prótesis las ponen en un pueblo cercano, unos “dentistas” que cobran \$200 y que regresan muy esporádicamente. Ellos colocan las prótesis sin necesidad de que el paciente las use, se las venden como un tratamiento estético.

⁹⁹“Condiciones de salud bucal de los habitantes de los Chorros” Julio 2014. Chiapas México. Fuente Directa.



Figura 10. Prótesis¹⁰⁰

En los niños, las condiciones no fueron diferentes; se llegaron a encontrar diversos grados de caries y de enfermedad periodontal en dentición primaria, cálculo y manchas extrínsecas debido al consumo constante de Coca-Cola® y de café.

La llamada caries, por alimentación infantil es muy común por todos los factores ya señalados. (Figura 11)



Figura 11. Condiciones de salud bucodental de los niños de Los Chorros.¹⁰¹

En las brigadas, las filas para la atención médica y odontológica son muy largas debido a que la gente ya sabe sobre los médicos y odontólogos que llegan periódicamente a esta comunidad, y se forman para obtener una consulta desde antes de que los brigadistas lleguen a la comunidad.(Figura 12)

¹⁰⁰“Prótesis” Julio 2014. Chiapas México. Fuente Directa.

¹⁰¹“Condiciones de salud bucodenta de los niños de Los Chorros” Julio 2014. Chiapas México. Fuente Directa.



*Figura 12: Las filas de los pacientes en espera, antes de iniciar la brigada*¹⁰²

La solicitud de una prótesis por parte de los adultos mayores para “poder comer” también fue una constante (Figura 13); sin embargo, las posibilidades en las que la brigada contaba hasta ese momento, no permitían brindar este tratamiento a los pacientes.



*Figura 13. Condiciones bucodentales de los adultos mayores.*¹⁰³

Con el paso de los años, el fortalecimiento de los brigadistas en su labor, y gracias a las donaciones de los colaboradores para esta causa, permitió la incorporación de nuevas técnicas y personal para complementar los tratamientos y así rehabilitar la función masticatoria que requerían los habitantes de la comunidad.

Con fines ilustrativos, se describirá brevemente uno de los casos que se han atendido en Los Chorros, enfatizando en la importancia de atender a poblaciones marginadas y destacando los beneficios que esto

¹⁰² “Las filas de los pacientes en espera, antes de iniciar la brigada” Julio 2014. Chiapas México Fuente: Directa.

¹⁰³ “Condiciones bucodentales de los adultos mayores” Julio 2014. Chiapas México. Fuente Directa.

conlleva. La señora Petrona de aproximadamente 45 años de edad, acudió a la consulta en la brigada del 2013. Al interrogatorio, refirió no saber si padecía alguna enfermedad o alergia; a la inspección clínica se le encontró con edentulismo parcial bilateral en ambas arcadas, contando con un total de once dientes, los cuales tenían movilidad grado 3 debido a periodontitis agresiva generalizada severa. (Figura 14) La paciente manifestó molestias severas al masticar y dificultad al comer. Se le cuestionó sobre cómo había perdido los dientes, a lo que respondió que había perdido uno cada vez que había tenido hijos, y los demás se “salieron solos”.



Figura 14. Estado bucodental de la señora Petrona¹⁰⁴

Al valorar la profundidad de las bolsas periodontales, y tomando en cuenta el grado de movilidad que tenían los dientes, se decidió realizar el tratamiento de extracciones múltiples y la colocación de una dentadura inmediata que fue realizada por un técnico dental; se le planteó a la paciente regresar al siguiente año (2014) a realizarle una dentadura definitiva que le sería más estable y útil.

Se solicitó el consentimiento informado de la paciente a través de su hijo, quien es uno de los traductores que participan en la brigada para establecer la comunicación con los habitantes de Los Chorros.

El procedimiento se llevó a cabo sin mayor complicación así como la dentadura inmediata y su colocación, que a pesar de las condiciones en

¹⁰⁴ “Estado de salud bucodental de la señora Petrona.” Julio 2013. Chiapas México. Fuente directa.

la que se tuvo que realizar, cumplió con las expectativas de estética, pero sobre todo de función. (Figuras 15 y 16) Asimismo, se le suministraron analgésicos y antibióticos a la paciente.



*Figura 15 Señora Petrona después del tratamiento quirúrgico*¹⁰⁵



*Figura 16. Sonrisa posterior a la colocación de dentadura inmediata*¹⁰⁶

Debido a que los brigadistas duermen en esta comunidad durante seis días, se tuvo la posibilidad de revisar días posteriores a la paciente, quien comentó que no había tenido dolor y había logrado cenar y desayunar sin problema.

La paciente se mostraba contenta y agradecida, y aunque no se lograba entender lo que decía, era visible el agradecimiento en sus ojos.

¹⁰⁵ “Señora Petrona después del tratamiento quirúrgico” Julio 2013 Chiapas México Fuente directa.

¹⁰⁶ “Sonrisa posterior a la colocación de dentadura inmediata” Julio 2013 Chiapas México Fuente Directa.

Su hijo, el traductor, dijo que ella comentó que jamás pensó volver a verse así.

Es importante señalar que siempre se contó con el apoyo de médicos quienes auxiliaron el procedimiento operatorio, el posoperatorio y la prescripción médica.

Para el siguiente año (2014), regresó la brigada a la comunidad de Los Chorros; una vez más con el objetivo de ayudar a la comunidad, y de brindarles la atención que requerían.

La paciente se presentó y se veía recuperada del tratamiento quirúrgico, y con la dentadura provisional en boca (Figura 17); comentó que no había tenido ningún problema para comer, sólo que los últimos meses había sentido que “se movía más al comer”. Por lo anterior y una vez valorada, se comenzó el procedimiento para realizar la dentadura total definitiva, esta vez con más y mejores recursos que con los que se habían contado un año antes.



Figura 17. Cicatrización después de un año de la realización del tratamiento quirúrgico¹⁰⁷

La paciente estuvo alrededor de cinco días en citas constantes para toma de impresiones, pruebas de rodillos, de dientes, pruebas deglutorias, fonéticas y estéticas hasta que se logró, con ayuda de los técnicos dentales, el procesado y termino de la dentadura.

¹⁰⁷ “Cicatrización después de un año de la realización del tratamiento quirúrgico ” Julio 2014 Chiapas México Fuente Directa

El resultado fue muy grato; la paciente se volvió a ver y volvió a emocionarse, debido a que esta vez sus dientes eran mucho “más bonitos” y la dentadura no se “movía”. (Figura 18)



Figura 18. Resultados después de la colocación del tratamiento definitivo¹⁰⁸

La falta de médicos y odontólogos en la comunidad y en poblaciones cercanas, hacen que la gente baje a Los Chorros a buscar atención médica, y que esperen cerca de un año para aliviar sus molestias, hasta que llega esta brigada a la comunidad.

Vivir en un contexto de marginación y pobreza, no significa estar al margen de los servicios indispensables; significa sobrevivir sin estos.

Desde 2014, en esta brigada se ha comenzado a implementar un proyecto con dos vertientes: por un lado, el inicio de pláticas para la promoción y la salud general y bucal y por otro, la capacitación de habitantes de la comunidad que pueden ser potenciales promotores de la salud, con el objeto de que ayuden periódicamente a su comunidad y a su vez, la capaciten y la eduquen. No había sido posible implementar estas dos actividades con antelación, pues las condiciones en las que se encontraba la comunidad cuando se llegó por vez primera (1994) no lo permitían.

¹⁰⁸“Resultados después de la colocación del tratamiento definitivo” Julio 2014 Chiapas México
Fuente: Directa.



Con el paso de los años, se ha podido educar e influir en la comunidad en cuestiones básicas para que mejoren su calidad de vida, respetando siempre su cultura, idiosincrasia, valores morales y espirituales.



CONCLUSIONES

Pese a que la atención médica ha representado un parteaguas para la vida de las personas, no se ha superado el reto de la distribución de los recursos de salud a todos los mexicanos, es decir, no existe la cobertura universal en salud.

Instituciones internacionales y nacionales como son la Declaración Universal de los Derechos Humanos, junto con el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud. (OPS), la Constitución Política Mexicana en su Artículo 4, se han propuesto asegurar la salud de todo individuo, independientemente de su condición social, raza, sexo o edad; sin embargo, no hay regulación por parte de dichas instituciones para que este servicio cumpla adecuadamente la meta de ser universal, lo cual es evidente al observar la cifra de cerca de cuatro millones de mexicanos que no tienen acceso a ningún servicio de salud.

Por otro lado, el Seguro Popular de Salud es ineficaz e insuficiente, ya que pese a ser “gratuito”, se deben pagar cuotas por diversos servicios según el decil de ingreso de las familias, lo cual excluye automáticamente a muchas; además, no cubre todos los servicios, tan sólo se limita a servicios de atención básica; aquellos pacientes que requieren atención especializada o tengan complicaciones en el transcurso de la evolución de la enfermedad, no serán atendidos por los programas.

La insuficiencia radica en parte, en que la cantidad de hospitales, camas y personal del área de la salud es mucho menor a la cantidad de solicitantes del servicio.

Las dificultades para obtener la atención en salud generan entonces, un nuevo reto para las políticas de estado y la nueva implementación de programas que deberían enfocarse, entre otras necesidades, en realizar proyectos para la construcción de centros de salud en comunidades indígenas, en la capacitación del personal dentro



de las comunidades para ayudar en la labor del cuidado de la salud, en darle seguimiento a los proyectos que se plantean, y de uno u otro modo descentralizar los servicios de salud de los grandes cascos urbanos, y así acercarse más a la meta de la cobertura universal en salud.

Respecto a la salud bucodental, la realidad es similar, ya que pese a la creación de programas resultan deficientes e insuficientes, debido a que la mayoría se centralizan en las grandes ciudades; son programas enfocados a la población escolar y al autocuidado, sin embargo, deberían estar encaminados también a las comunidades en las que no hay servicios de salud constantes, y fortalecer el autocuidado, con supervisión de un profesional de salud bucodental o de un promotor de la salud bucodental de la misma comunidad que compruebe que se están llevando a cabo de manera adecuada las técnicas y procedimientos necesarios.

Aunque las diversas universidades del país cuenten con prestadores de servicio social, estos siguen siendo insuficientes y además de ello, hacen falta más profesionales de la salud bucodental convencidos, formados y comprometidos con la verdadera responsabilidad social que se debería tener como profesional de la salud, atento y consciente de las necesidades bucodentales, y que no sólo brinden la atención por trámite u obligación, si no disfrutando el servicio al prójimo, reflejando su vocación y profesionalismo.

Para cumplir adecuadamente con lo anterior, hace falta que se integre en los currículos de las diferentes escuelas de odontología, la bioética, no sólo como asignatura o módulo, sino como un estilo de enseñanza inherente a la calidad ética y responsable de quienes son formadores en las instituciones educativas del área de la salud, y la promoción de un ejercicio profesional consciente enfocado en parte, a las comunidades que más lo necesitan y a las cuales se les ha mantenido en un contexto de constante exclusión social en diversos aspectos en los que destaca la salud y la educación.



Se deben cambiar las historias de los habitantes de estas comunidades indígenas que están acostumbrados al olvido y a los errores burocráticos y médicos. El cuerpo humano presenta también dolencias como un manifiesto de la exclusión social que los integrantes de estas comunidades viven habitualmente, situación que podría ser modificada significativamente, si los profesionistas de la salud los consideráramos como parte de nuestra responsabilidad social.

Debe cambiarse el papel que desarrollan los odontólogos y la posición indiferente ante estas comunidades, hacerlos partícipes y conscientes de los problemas a los que sus habitantes se enfrentan; esto permitirá de algún modo sensibilizarlos y al menos hacer de su conocimiento o recordarles, que la necesidad se encuentra no sólo dentro de los consultorios, sino afuera, en los poblados más lejanos, ahí donde la pobreza, la desigualdad, y la necesidad se hacen presentes a cada instante.

La oportunidad de conocer esta comunidad, y dar cuenta de las condiciones en las que sus habitantes nacen, se desarrollan y viven habitualmente, así como atestiguar la desigualdad y el olvido en torno a la salud, dio pie a la autora de este trabajo a pensar y a compartir con otros profesionistas de la salud, la experiencia vivida en esta comunidad y de este modo invitarlos a reflexionar y en un futuro actuar al comprometerse con las comunidades que los necesitan y ejercer así, su trabajo con ética, vocación y responsabilidad social.



BIBLIOGRAFÍA.

- Amorroz I. El derecho a la Salud en las comunidades Indígenas de Chiapas. Rev. pueblos y Fronteras Digital. 2011 pag8 Dirección Electrónica:
http://www.pueblosyfronteras.unam.mx/a11n11/art_01.html
- Bermúdez C. Necesidad de la Bioética en la Educación Superior. Acta Bioethica 2006;12 (1) 35-40
- CDI .Comisión Nacional para el desarrollo de los Pueblos Indígenas. (fecha de acceso 19 marzo 2015)
Hallado en: <http://www.cdi.gob.mx/>
- CEDOZ Centro de Documentación sobre Zapatismo. México (fecha de acceso 18 marzo 2015) Dirección Electrónica: <http://www.cedoz.org/site/content.php?doc=483&cat=113>
- Chipas. Agradecido beneficiarios por apoyos del programa amanecer. México (fecha de última actualización: 18 de SEPTIEMBRE 2012 fecha de acceso: 17 de marzo 2015) Dirección electrónica. <http://www.sexenio.com.mx/chiapas/articulo.php?id=6127>
- Consejo Nacional de Población Índice de Marginación por entidad Federativa y Municipio México. (fecha de actualización 2010 Fecha de acceso: 18 de marzo 2015) Dirección Electrónica:
http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices_margina/mf2010/CapitulosPDF/Anexo%20B2.pdf
- Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Desarrollo Social México. (fecha de actualización: 30 diciembre 2014. Fecha de acceso:8 marzo 2015) Dirección electrónica:
http://www.normateca.sedesol.gob.mx/work/models/NORMATECA/Normateca/Reglas_Operacion/2015/rop_prospera.pdf
- Diccionario de la lengua española México.(fecha de acceso:3 abril 2015) Dirección Electrónica:<http://lema.rae.es/drae/?val=rural>
- Facultad de Estudios Superiores Zaragoza Servicios. México. (fecha de acceso: 14 de marzo 2015) Dirección Electrónica: <http://www.zaragoza.unam.mx/main.php>
- Facultad de Odontología. Blog UNAM México. (fecha de actualización: 11 de Junio 2011. Fecha de acceso: 14 de marzo 2015)Dirección Electrónica:
<http://www.odonto.unam.mx/index.php?IDPagina=blog&id=501>
- Fundación UNAM Salud Comunitaria. México. (fecha de acceso:14 de marzo 2015) Dirección Electrónica:<https://www.fundacionunam.org.mx/contenido/salud-comunitaria/>
- Gómez D, Sesma S, Becerril V, Knaul F, Arreola H, Frenk J. Sistema de Salud en México. Rev. Salud Púb. Méx. vol. 53 suplemento 2 2011 Pág.221.
- Gutiérrez J.C. Contrainsurgencia y Salud: Contradicciones en la Teoría, Historia y Aplicación del Programa Oportunidades en comunidades Rurales de Chiapas SIT México: Desarrollo sustentable y cambio social 2010 pág. 6.
- Hernández A, Soto L.M, Duran N. Dificultades para acceder a los servicios de salud en Chiapas. Gaceta Urbana 2008 N|6-7 (29-38)
- INEGI. Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos. México.(Fecha de actualización: Marzo 2013 Fecha de acceso: 13 marzo 2015) Dirección Electrónica:
http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/aeum/2012/Aeeum2012.pdf
- INEGI. Instituto nacional de Estadística Geografía e Informática hallado en:
<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/lindigena.aspx?tema=P>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS-Oportunidades capítulo VIII México. (fecha de acceso: 9 marzo 2015) Dirección electrónica:
http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/12_Cap08.pdf
- Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática Censo de Población y Vivienda 2010, consulta rápida. México (Fecha de actualización: 2010. Fecha de acceso: 18 de marzo 2010) Dirección Electrónica:<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/ResultadosR/CPV/Default.aspx?texto=chorros>



- Instituto Politécnico Nacional Clínica de Odontología. México.(fecha de acceso: 14 de marzo 2015)
Dirección Electrónica: <http://www.cics-sto.ipn.mx/Servicios/Paginas/CI%C3%ADnica-de-Odontolog%C3%ADa.aspx>
- Leyva R, Infante C, Gutiérrez J, Quintino F, Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México 2006-2012. Rev. Salud Pública Méx 2013; 55 pág.123-128.
- Medina CE, Maupome G, Ávila L, Pérez R, Pelcastre B, Pontigo A. Políticas de Salud Bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción Rev. Biomed 2006.
- Moreno W, Sánchez C, Orozco L, Álvarez A. La calidad de la atención en el servicio odontológico. Factores que la determinan. Rev. Odontología Actual 2007-8 Vol. 5 n° 59.
- O.P.D. Régimen Estatal de Protección Social en Salud. México (fecha de acceso 14 de marzo 2015)
Dirección Electrónica: <http://www.repssver.gob.mx/?p=507>
- Organización Mundial de la Salud. Derecho a la Salud. (Fecha de actualización: Noviembre 2013 Fecha de acceso: 17 marzo 2015) Dirección Electrónica: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- Page J. “Refresco y diabetes entre los mayas de Tenejapa, San Cristóbal de las Casas y Chamula, Chiapas”. Liminar R Vol. 11 núm. 1 San Cristóbal de las Casas México. 2013.
- Pasado y Presente del Juramento Hipocrático. RAR vol.73 núm. 2 año2009 páginas: 139-141. Hallado en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/rar/v73n2/v73n2a01>
- Payares C, La incorporación de las Ciencias Sociales en la formación del recurso humano odontológico. Duazary 2007; 2 vol. 4n°2 168-174.
- Procuraduría General de Justicia. Tuxtla Gutiérrez. Comunidad Segura México.(fecha de acceso: 15 marzo 2015) Dirección Electrónica: <http://www.pgje.chiapas.gob.mx/comunidadsegura/amanecer.aspx>
- Ruiz M, Políticas Públicas en Salud y su impacto en el Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa, México Universidad Autónoma de Sinaloa. Tesis Doctoral en Estudios Fiscales 2011.
- Secretaría de Gobernación. Consejo Nacional de Población: Chiapas Región II Altos. Grados de Marginación por Municipio 2000. México (Fecha de acceso: 25 Marzo 2015) Dirección electrónica: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indices_de_marginacion_2000
- Secretaría de Salud CENAPRECE México. (fecha de actualización: noviembre 2011 fecha de acceso 13 marzo 2015) Dirección electrónica:http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye_completo2.pdf
- Secretaría de Salud Instituto de Salud del Estado de México. México.(Fecha de actualización: 10 de Marzo 2015 fecha de acceso: 14 marzo 2015) Dirección Electrónica: <http://salud.edomexico.gob.mx/html/article.php?sid=87>
- Secretaría de Salud México (fecha de acceso:25 de marzo 2015) Dirección Electrónica:http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/mision_y_vision/misionvision.html
- Secretaría de Salud Tamaulipas Salud Bucal. México. (fecha de acceso :13 marzo 2015)Dirección Electrónica: <http://salud.tamaulipas.gob.mx/programas/salud-bucal/>
- Secretaría de Salud. Catálogo de Universal de servicios de salud. Anexo 1CAUSES 2014 México. (fecha de actualización:2014 Fecha de acceso: 15 de Marzo 2015) Hallado en: <http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php/servicios/catalogo-universal-de-servicios-de-salud>
- Secretaría de Salud. Catálogo de Universal de servicios de salud. CAUSES 2014 México. (fecha de actualización:2014 Fecha de acceso: 15 de Marzo 2015) Hallado en: <http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php/servicios/catalogo-universal-de-servicios-de-salud>
- Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud .2013-2018 México.(Fecha de acceso:9 de marzo 2015) Dirección Electrónica: <http://www.salud.gob.mx/indicadores1318/pdf/programa.pdf>
- Triana J. La ética: un problema para el Odontólogo. Acta Bioethica 2006.; 12 (1) 75-80.



- Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. México. (fecha de acceso: 14 de marzo 2015)
Dirección Electrónica: <http://www.xoc.uam.mx/oferta-educativa/divisiones/cbs/licenciaturas-posgrados/pplic/estomatologia/>
- Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Odontología México. (fecha de acceso: 14 marzo 2015) Dirección electrónica: <http://www.odonto.unam.mx/admin.php?IDPagina=atencionpaciente>
- Vega M. Animal Político. México aun sin cobertura Universal en Salud. México. (fecha de última actualización: 21 febrero 2015 Fecha de acceso: 17 marzo 2015 Dirección electrónica: <http://www.animalpolitico.com/2015/02/mexico-aun-sin-cobertura-universal-de-salud-4-millones-tienen-issste-imss-o-seguro-popular/>
- Zaror C, Vergara C. Ética en el vínculo de las carreras de Odontología. Acta Bioética 2008; 14 (2) 212-218.
- “Cicatrización después de un año de la realización del tratamiento quirúrgico” Julio 2014 Chiapas México Fuente Directa
- “Condiciones bucodentales de los adultos mayores” Julio 2014. Chiapas México. Fuente Directa.
- “Condiciones de salud bucal de los habitantes de los Chorros” Julio 2014. Chiapas México. Fuente Directa.
- “Condiciones de salud bucodenta de los niños de Los Chorros” Julio 2014. Chiapas México. Fuente Directa.
- “El río en los Chorros” Julio 2014. Chiapas México. Fuente Directa.
- “Las filas de los pacientes en espera, antes de iniciar la brigada” Julio 2014. Chiapas México Fuente: Directa.
- “Los caminos” Julio 2014. Chiapas México. Fuente Directa.
- “Prótesis” Julio 2014. Chiapas México. Fuente Directa.
- “Resultados después de la colocación del tratamiento definitivo” Julio 2014 Chiapas México Fuente: Directa.
- “Señora Petrona después del tratamiento quirúrgico” Julio 2013 Chiapas México Fuente directa.
- “Señora Petrona.” Julio 2013. Chiapas México. Fuente directa.
- “Sistema de Salud en México” Gómez D, Sesma S, Becerril V, Knaul F, Arreola H, Frenk J. Sistema de Salud en México. Rev. Salud Pú. Méx. vol. 53 suplemento 2 2011
- “Sonrisa posterior a la colocación de dentadura inmediata” Julio 2013 Chiapas México Fuente Directa.
- “Técnica de cepillado” septiembre 2014. Escuela Primaria Profesor Alfredo Basurto García. Turno vespertino. Fuente Directa