

Mas allá de la disciplina odontológica... la Salud Bucal Colectiva

Dr. Marcelo E. Laserna
Vicepresidente de la Asociación por la Salud Bucal –Latinoamérica –
www.asaludbucal.com.ar
lasernamar@necocheanet.com.ar

En el modelo actual de la atención pública en salud bucal, los profesionales están prácticamente obligados a seguir trabajando en las consecuencias de la enfermedad y no en sus causas, ni en fomentar la Salud. La población en general requiere, y los odontólogos en particular, realizan, acciones orientadas hacia la curación-tratamiento-rehabilitación de las piezas dentarias, por sobre las acciones de prevención y promoción de la salud en las poblaciones. De esta forma el sistema sanitario en salud bucal ha adquirido la configuración de un Modelo Hospitalo-céntrico, cuyos servicios hospitalarios de odontología funcionan casi exclusivamente como 2º nivel de atención, (Y de 3º nivel de atención excepcionalmente), con CAPS obligados por la demanda de atención de la enfermedad a actuar prácticamente como hospitalitos descentralizados (No como Centros de Atención Primaria de la Salud)

Se considera que esta situación es a consecuencia en parte de una formación profesional absolutamente escolástica, que ha fragmentado y dividido este "todo" que significa el Proceso-Salud-Enfermedad-Atención (PSEA), en "partes" o disciplinas que son las que deberían solucionar los problemas dentales de las personas. Esta visión fragmentada de la salud, solo aporta a la descontextualización de la profesión, y no tiene en cuenta la subjetividad, ni la interacción social que existe como verdadero campo de fuerzas en medio del cual históricamente viven y se reproducen socialmente las personas. Es decir, que considera al otro como un objeto y no como un sujeto que piensa y que interactúa y de esta forma se excluyen los saberes populares y las cuestiones de poder que existen en estos campos sociales que implican el juego de actores que están presentes dentro del PSEA. A partir de esta visión absolutamente reduccionista y descontextualizada de la realidad (1), estas disciplinas desprenden innumerables informaciones que la comunidad recibirá en este sentido, influyendo en la creación de un imaginario social de la salud bucal absolutamente biologicista, que se contrapone a los problemas reales que la gente tiene y que están mas allá de los dientes, y para los cuales no tenemos respuestas, pues estamos creando y sustentando una disciplina que solo se ocupa de la curación-rehabilitación del órgano dental y que en el mejor de los casos solo puede alcanzar acciones preventivistas; dejando de lado el contexto histórico-socio-económico y cultural, que condiciona, multidetermina e influye mucho más, que cualquiera de las bacterias bucales, y cuya solución está muy lejos de las propuestas sanitarias actuales que buscan cambiar esta situación de enfermedad, con más acciones sobre la enfermedad aumentando la cantidad de profesionales que la atiendan o con el mayor y más moderno equipamiento de tornos y sillones dentales que se pueda proveer.

"Diversas teorías se han ocupado de relacionar el campo de lo subjetivo, lo biológico y lo social, cuando en realidad se trata de entender las razones de su separación, ya que en la vida real los individuos viven estos tres aspectos de manera integrada desde el comienzo de la vida" (2)

A esto debemos agregar, lo que Eduardo Menéndez (3) a descripto como Modelo Médico Hegemónico de la Atención (MMH), que con igual intensidad existe en el ámbito de la salud bucal, por lo que podemos identificar la existencia aquí de un Modelo Médico-Odontológico Hegemónico de la atención (MMOH): Con las mismas características del MMH descripto por Menéndez, es decir, biologicista (Flexneriano), a-histórico, a-social y a-cultural, individualista, de eficacia pragmática, de relación medico-paciente subordinada y asimétrica, de exclusión del saber de la gente y del acceso de la misma a conocimientos, de identificación ideológica con la racionalidad científica, con tendencia a la medicalización de los problemas y con una manifiesta adscripción a la Salud-enfermedad como mercancía, y con predominio absoluto de las estrategias curativas respecto de las Preventivas y de Promoción de la Salud.

Este MMOH esta instalado tanto en los profesionales, como en la comunidad en general, que tampoco comparte el pensamiento de que puede y debe ser parte del PSEA en salud bucal.

Se puede considerar que ésta puede ser una de las causas de la naturalización de la enfermedad, por la cual la concurrencia a los servicios es casi con exclusividad para la asistencia y curación de la enfermedad y no para la prevención y promoción de su salud bucal. Esta naturalización de la enfermedad puede entenderse como una construcción cultural, que esta incorporada e instalada, tanto en la comunidad como en los profesionales de la Salud.

Utilizando palabras de Galente, podríamos decir que "Se ve bien que la Salud Pública se ocupe también de los contextos y problemas sociales que condicionan el riesgo de enfermedad y de las vivencias e historias personales de quienes sufren este riesgo (la dimensión subjetiva), pero en definitiva, si el individuo enferma, entiende, y tiene fe que la única medicina que cuenta con los últimos adelantos técnicos es capaz de resolver su dolencia con eficacia" (4) Por ello es que se puede opinar que una mejoría en los indicadores epidemiológicos en salud bucal no vendrán de la mano de una o varias disciplinas que separadamente intenten aplicar sus propios saberes para resolver los problemas dentales de la gente, sino de considerar a las personas, a su contexto, a sus creencias, a sus representaciones sociales de la salud bucal, a sus necesidades y a sus problemas. Esto es, considerar a las personas y a sus padecimientos (5) dentro del PSEA.

En un Primer Nivel de Atención donde no predominen las acciones de Prevención y de Promoción de la Salud, difícilmente será posible disminuir en el tiempo la prevalencia (6) de la enfermedad. Siendo la enfermedad bucal uno de las patologías más fácilmente evitables en un alto porcentaje de los casos, es inconcebible tener que aceptar ese 80% de gente con enfermedad bucal en el mundo que arrojó el informe de la OMS del año 2003.

Podríamos entonces adherir a la idea de aportar y sumar a las estrategias de APS, acciones que tengan que ver directamente con prevención de la enfermedad, pero también y fundamentalmente, con la promoción de la salud bucal con una mirada poblacional y colectiva. Y en este sentido es que indefectiblemente debemos recorrer los caminos de la participación social y de la construcción de la capacidad comunitaria que construyan ciudadanía en sentido de abajo hacia arriba brindando consenso de base, y que por supuesto estén apoyadas y respaldadas de arriba hacia abajo por políticas de estado que

incorporen el componente salud bucal a las políticas públicas, como una cuestión de inclusión social y de derecho a la salud.

Para ello es necesario re-pensar y cuestionar/nos nuestras prácticas y construir socialmente nuevos saberes colectivos en salud bucal, para poder influir e intentar modificar estas pautas culturales en los profesionales de la salud pública y de la comunidad en general.

Se puede entonces considerar que el camino es salir del campo estrictamente de la disciplina odontológica, y a las ciencias básicas y clínicas, sumarle el inestimable aporte de las ciencias sociales, que serán las que brindarán la comprensión del contexto histórico-socio-económico y cultural, y nos situará en un nuevo paradigma que es el de la "Salud Colectiva".

"La Salud Colectiva es un campo de saber y de intervención, un campo estructurado de prácticas socialmente determinadas que se apoya en diferentes disciplinas científicas. Es decir, las disciplinas solo como parte y no como un todo, y considerando a la población como *totalidades sociales* más allá de los individuos que las componen.

Los individuos y grupos se encuentran determinados socialmente. Por lo tanto las categorías de análisis son la producción económica y reproducción social, clases sociales, género, por ejemplo.

Los individuos se analizan dentro de esas categorías en una determinada sociedad y en un determinado tiempo histórico.

El enfoque desde la Salud Colectiva se hace por problemas sociales (definidos a partir de actores), y teniendo como instrumento de análisis de la realidad, los problemas reales que la gente tiene.

De la misma forma en que es posible establecer como objeto del conocimiento y de intervención a la salud colectiva, es posible realizar un recorte de ese objeto y definir el de la Salud Bucal Colectiva (SBC)" (7)

"El *objeto de la salud bucal colectiva es la atención a la salud bucal* y sus prácticas las *prácticas de salud bucal* que son acciones necesarias para mantener la salud bucal de las personas, *siendo sus sujetos* no solo los profesionales odontólogos y su equipo de salud bucal, sino también otros sujetos sociales que con sus prácticas repercuten en ella". (Capel P., 2002)

"La *Asistencia Odontológica* son los procedimientos clínico-quirúrgicos dirigidos a pacientes individuales, enfermos o no, su práctica es la *práctica odontológica*; mientras la *Atención a la salud bucal* es un conjunto de acciones odontológicas que incluyendo la asistencia individual busca además alcanzar grupos poblacionales a través de acciones de alcance colectivo con el objetivo de mantener la salud bucal, sus *prácticas son de salud bucal*". (Capel P., 2002)

La atención a la salud bucal colectiva, implica actuar sobre todos los determinantes del proceso salud-enfermedad bucal.

El ámbito de intervención y de acción de la salud bucal colectiva es la sociedad toda y sus prácticas son esencialmente sociales y contextualizadas, no solamente individuales.

"... la salud bucal colectiva debe orientarse para lo social como el lugar de producción de las enfermedades bucales y ahí organizar tecnologías que busquen no la 'cura' del paciente en aquella relación individual- biológica (...) pero si la disminución y el control de los procesos mórbidos tomados en su dimensión colectiva." (Botazzo C, 1994)

Esta nueva mirada de la situación de la salud bucal, tiene que ver con un salto paradigmático desde las lógicas unicasales y lineales, hacia lógicas que aborden la salud como un sistema complejo, donde el sujeto del conocimiento abandone el paradigma cartesiano de la razón pura y asuma la incertidumbre como parte de este proceso donde la salud, la enfermedad y la atención coexisten, y compiten entre las subjetividades del juego de actores sociales que en él intervienen y que están multideterminados fundamentalmente por relaciones de poder, que implican dominación-rebeldía y hegemonía-coacción-subalternidad.

Siguiendo el enunciado que define la complejidad de los problemas en salud, y que orienta el abordaje de los mismos desde la intersectorialidad, transculturalidad, y transdisciplinariedad, pues difícilmente puedan ser resueltos por acciones exclusivas del "sector salud"; de la misma forma en Salud Bucal implica entender y aceptar, que la salud bucal es demasiado importante y amplia, como para que en ella solamente deban actuar los odontólogos, pues la resolución de los problemas de la salud bucal también escapan al propio campo de la disciplina Odontológica.

"La odontología esta hoy EXCLUIDA de la problemática de salud colectiva y será necesaria una transformación profunda de la práctica odontológica para permitir el desarrollo de otra práctica posible, la de la salud bucal colectiva, en un proyecto democrático de sociedad". (8)

El objetivo sería entonces, la Salud Bucal como construcción social colectiva, entendida como una integración tecno-política (Saberes-poderes), no sólo como una cuestión de resolución técnica sobre problemas en el órgano dental, sino con una mirada poblacional y de integración de saberes, que tenga en cuenta los componentes socio-culturales e históricos de cada población, e intentando cambiar la ecuación sujeto-objeto por una que sea sujeto-sujeto (Que tenga en cuenta al otro), es decir, que tenga en cuenta a todos los actores sociales y a la interacción que entre ellos ocurre, dentro del Proceso Salud Enfermedad Atención.

Bibliografía y comentarios

1. Davila, A. – "El rostro desdentado de nuestros pueblos. La cara de la exclusión, la pobreza y la inequidad en América Latina".Asociación por la Salud Bucal, Buenos Aires: 2005 URL disponible en: www.asaludbucal.com.ar
2. Emiliano Galende. Cultura Instituciones y Subjetividad: Epidemiología y políticas /compilado por Hugo Spinelli-1ed.Buenos Aires: Lugar, 2004
3. Menendez, E. -Morir de Alcohol. Saber y Hegemonía médica. 1ra. Edición. México: Alianza Editorial Mexicana, 1990
4. Galende, E., Cultura Instituciones y Subjetividad: Epidemiología y políticas /compilado por Hugo Spinelli-1ed.Buenos Aires: Lugar, 2004
5. Consideramos padecimiento a la persona que tiene una enfermedad más su contexto social, económico, político, cultural etc. y sus relaciones. (Menéndez, Eduardo Luis "Dimensiones Culturales e ideológicas en salud y racionalidad medica-sanitaria", Cultura Instituciones y Subjetividad: Epidemiología y políticas /compilado por Hugo Spinelli-1ed.Buenos Aires: Lugar, 2004.
6. Prevalencia es la cantidad de casos presentes en un tiempo dado en un lugar dado.
7. Artículo científico publicado por la Cátedra de Odontología Social de la Facultad de Odontología de la Universidad de la República de Uruguay.
8. Artículo científico publicado por la Cátedra de Odontología Social de la Facultad de Odontología de la Universidad de la República de Uruguay.