

ENSAYO

LA RENOVACIÓN DEL TRABAJO EPIDEMIOLÓGICO DEL COMPONENTE BUCAL DE LA SALUD DESDE LA EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA

Romero, Yajaira

Profesora del Departamento de Investigación. Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela.

Autor de contacto: Yajaira Romero

e-mail: yromero581@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Vancouver: Romero Y. La renovación del trabajo epidemiológico del componente bucal de la salud desde la epidemiología crítica. *IDEULA*. 2019;(2):98-128.

APA: Romero, Y. (2019). La renovación del trabajo epidemiológico del componente bucal de la salud desde la epidemiología crítica. *IDEULA*, (2), 98-128

Recibido: 24/10/2019 **Aceptado:** 18/11/2019

RESUMEN

La salud bucal es un componente del proceso salud- enfermedad que no ha logrado los cambios estructurales en la conformación del perfil epidemiológico que requiere la población. Las presentes reflexiones se orientan hacia la revisión crítica de los principios del paradigma biologicista- ecológico que ha sustentado el trabajo epidemiológico en odontología, para posteriormente avanzar en la discusión de las categorías: niveles de análisis, el perfil epidemiológico, prevención profunda y monitoreo participativo en salud, desarrolladas por la epidemiología crítica, desde la cual se puede formular una nueva configuración del objeto epidemiológico en odontología, sustentando en la conformación de sujetos sociales comprometidos con la defensa de la salud y la vida en la comunidad. La tarea epidemiológica que adeuda la odontología a la sociedad constituye un espacio propicio para la construcción y consolidación del trabajo propuesto desde la epidemiología crítica.

Palabras clave: epidemiología crítica, salud bucal, proceso salud-enfermedad, salud colectiva, epidemiología social, modelos epidemiológicos



THE RENEWAL OF THE EPIDEMIOLOGICAL WORK OF THE BUCAL HEALTH COMPONENT FROM THE CRITICAL EPIDEMIOLOGY

ABSTRACT

Oral health is a component of the health-disease process that has not achieved structural changes in the conformation of the epidemiological profile required by the population. The present reflections are oriented towards the critical revision of the principles of the biologic-ecological paradigm that has sustained the epidemiological work in dentistry, to later advance in the discussion of the categories: levels of analysis, epidemiological profile, deep prevention and participatory monitoring in health, developed by critical epidemiology, from which a new configuration of the epidemiological object in dentistry can be formulated, supporting the formation of social subjects committed to the defense of health and life in the community. The epidemiological task that dentistry owes to society constitutes a convenient space for the construction and consolidation of the work proposed from critical epidemiology.

Keywords: critical epidemiology, oral health, health-disease process, collective health, social epidemiology, epidemiological models



INTRODUCCIÓN

Una característica propia del ser humano es la de ser un fabricante de utopías.

El ideario de sus grandes metas forma parte esencial de su naturaleza consciente y de su condición de especie histórica

Jaime Breilh 2004. 171

El debate epistemológico en el seno de las ciencias odontológicas ha estado sistemáticamente soslayado. Su discusión se encuentra prácticamente ausente en la escritura hispanoamericana en odontología ya que los artículos de investigación, de revisión y los casos clínicos se orientan al mejoramiento y fortalecimiento de la práctica clínica abordando una temática referida a diagnósticos y tratamientos de la enfermedad, predominando los artículos sobre aspectos clínicos y epidemiológicos asociados a la profesión¹.

En cuanto a la conformación del perfil epidemiológico la caries y la enfermedad periodontal han sido consideradas históricamente como las cargas mundiales más importantes en salud bucal afectando la calidad de vida de la población. Para los países industrializados la caries dental afecta entre 60-90% de los niños escolares y para la población adulta a nivel mundial la enfermedad afecta a casi al 100%. En cuanto a la respuesta social organizada, en países con economías dependientes los servicios de salud

bucal se concentran en las zonas urbanizadas, con deficiencias en programas preventivos y restaurativos, así como, una oferta limitada de prestaciones^{2, 3}.

Estos saldos dan cuenta del precario impacto que ha tenido el trabajo epidemiológico ante una enfermedad que ha formado parte de la historia de la humanidad desde los primeros tiempos. A diferencia de la medicina, la odontología no ha logrado alcanzar cambios significativos en la configuración del perfil epidemiológico en gran parte de la población planetaria.

El carácter aparentemente objetivo de la presencia de la enfermedad circunscrita a la sumatoria de signos y síntomas, dificulta la concreción del pensamiento abstracto desde el cual se hace posible problematizar situaciones de estudio que no se materializan directamente ante la mirada del investigador. Lo que ha conducido a que la epidemiología en odontología transite por un recorrido epistemológico acrítico, al trasladar directamente los paradigmas predominantes en las ciencias médicas para el abordaje de su objeto, que si bien es cierto es un objeto compartido con las otras disciplinas de las ciencias de la salud, comporta una singularidad que amerita de una construcción teórica pertinente con sus características esenciales, pero que a su vez sea integral e integradora en el propósito de trascender el mero conocimiento, para impulsar los necesarios procesos de transformación que reclama el componente bucal del proceso salud – enfermedad colectivo.

Para avanzar sobre esta discusión, se requiere entre otras, una clara delimitación del objeto de estudio de la odontología y una revisión crítica de los fundamentos teóricos, metodológicos y operativos en los que sustenta el trabajo epidemiológico.

El propósito del presente análisis se orienta a la revisión crítica de los principios epistemológicos y ontológicos del paradigma biologicista- ecológico, que han tenido preeminencia en el trabajo epidemiológico para el componente bucal de la salud. Posteriormente se avanza en la discusión de algunas de las categorías centrales de la epidemiología crítica, desde la cual se puede formular una resignificación del objeto epidemiológico en odontología para su consecuente renovación.

En el orden ontológico

Para toda área de conocimiento, es imprescindible la clara delimitación de su objeto de estudio. Un objeto específico forma parte de una región de objetos particulares y a la vez forma parte de lo universal. Por lo tanto, contiene en sí mismo tanto los elementos aparentes que le dan forma como los elementos esenciales que le dan contenido⁴. En el caso de las ciencias odontológicas dicha delimitación precisa de la identificación de la complejidad en la cual se configura su objeto, como una parte constitutiva de una totalidad mayor. El objeto salud bucal es un componente del proceso salud- enfermedad, y éste a su vez es la síntesis de todas las contradicciones presentes en la vida de los diferentes grupos sociales, todo lo cual constituye el objeto de la odontología⁴, en consecuencia, no es un

objeto puro, sino compartido que requiere de la distinción de sus características esenciales, así como de la dinámica relacional que se establece con esa totalidad mayor.

En los diferentes referentes históricos sobre las prácticas en torno a las estructuras bucales, emerge el órgano dental y las enfermedades que lo afectan como el epicentro de la acción cognitiva. La palabra odontología etimológicamente significa tratado o estudio de los dientes⁵ y su desarrollo se ha estructurado en torno a los aspectos operativos, que por muy rudimentarios que se hayan diseñado inicialmente, se orientaron a la resolución de problemas estéticos y funcionales fundamentándose en principios mecánicos. Hasta mediados del siglo XX fue que se identificó la necesidad de recurrir a una fundamentación biomédica para la práctica odontológica, incorporando conocimientos de las ciencias básicas⁶ lo cual significó un avance en la delimitación del objeto de estudio, ya que posibilitó ampliar el área de conocimiento desde el órgano dental hasta la cavidad bucal, entendida como una estructura integradora del cuerpo humano, sirviendo además, para consolidar su fundamentación biológica y científica,⁶ pese a lo cual, continúa siendo el reduccionismo la marca definitoria en la concepción de este objeto de estudio, ya que la delimitación generada por las estructuras anatómicas de la cavidad bucal, han servido de cerco cognitivo para su interpretación, cerco que se extiende hasta la epidemiología en odontología ya que su ámbito de estudio, más que la sociedad, o los individuos considerados aisladamente, es el medio bucal, sus microorganismos o los mismos dientes⁷.

Dicha delimitación se ha convertido en un obstáculo para el trabajo epidemiológico transformador.

Biologicismo ecológico. Un paradigma con limitado poder explicativo

Desde la interpretación “biologicista - ecológica” la salud – enfermedad depende de los diferentes grados de adaptación del individuo al medio ambiente, en el cual se encuentran una serie de factores externos físicos, biológicos, psicológicos y socioculturales que van a determinar el equilibrio o desequilibrio necesario para que se mantenga la salud o aparezca la enfermedad. La boca es entendida como un ecosistema abierto con interacción dinámica, siendo necesario para su estudio considerar las características del huésped (hospedero) y los microorganismos, así como factores fisicoquímicos⁵.

Desde este episteme que intenta explicar la dinámica generadora de la enfermedad, se ha construido un andamiaje para que diversos autores^{5,9,10,11} estructuren el trabajo epidemiológico en torno a los dos argumentos centrales del biologicismo en salud: la triada ecológica y el preventivismo etiológico en los tres niveles de atención, que sin lugar a dudas, tienen una aplicación muy específica para el diagnóstico y tratamiento del individuo enfermo, pero implica una serie de limitaciones cuando sus fundamentos son incorporados en el diseño y ejecución de las políticas de la salud – enfermedad colectiva, así como en el quehacer epidemiológico. Por otra parte, pierde su poder explicativo frente la totalidad de su objeto de estudio, ya que solo permite la aproximación conceptual y práctica a una de las

dimensiones que lo constituyen: la dimensión biológica, entendiendo la dimensión social como un elemento externo. Se dicotomiza lo social y lo biológico y se fracciona la realidad, congelándola en factores aislados¹², sin posibilitar una aproximación integradora de las dos dimensiones que conforman el objeto de estudio del componente bucal del proceso salud-enfermedad, reduccionismo que se expresa en la fundamentación de la promoción de la salud bucal al circunscribirla en la prevención primaria de la caries dental, el tratamiento precoz de los traumatismos dentales, prevención primaria y diagnóstico precoz de la maloclusión dentaria¹³, todo ello sustentado en la atención clínica al paciente individual.

El comportamiento colectivo de la enfermedad caries dental resulta ilustrativo de las limitaciones del biologicismo ecológico, ya que las ciencias odontológicas han producido el conocimiento científico necesario para su prevención desde las causas biológicas, el diagnóstico y tratamiento en las diferentes etapas de la evolución de la enfermedad, así como, las técnicas necesarias para rehabilitar al paciente, pese a lo cual la caries dental continúa siendo un problema de salud colectiva^{2,14} como lo indica el comportamiento histórico de los indicadores epidemiológicos. Los programas preventivos se fundamentan en la implementación de barreras que impidan en contacto entre el agente causal, y el huésped como la fluoración de las aguas de consumo y de la sal, la aplicación tópica de fluoruros, los sellantes de fosas y fisuras, así como, la inhibición de la flora bacteriana involucrada en la producción de caries dental, sin lograr impactar en forma eficaz el comportamiento colectivo de esta patología¹⁵.

Estos fundamentos conceptuales han cimentado una epidemiología funcionalista y pragmática^{16,17} que no ha logrado producir un impacto social y epidemiológico significativo en el componente bucal de la salud-enfermedad humana, por lo que es posible afirmar, que el basamento teórico- práctico sobre el cual se sustenta la odontología no es el más apropiado para el contexto en que realiza su trabajo⁶. En consecuencia, se constata la necesidad de construcción de un marco teórico conceptual capaz de reconfigurar el quehacer epidemiológico en la odontología, frente a la demostrada debilidad del paradigma científico sobre el cual se han sustentado sus prácticas.

Las limitaciones del paradigma dominante, se manifiestan de manera más concreta en la dimensión colectiva, así como, en la respuesta social organizada, entre cuyas características destacan:

- 1) El comportamiento epidemiológico del componente bucal de la salud se encuentra conformado por enfermedades fácilmente prevenibles y la creciente acumulación de necesidades de tratamiento que inciden en la salud general del ser humano, pero que al no formar parte del perfil de mortalidad, no constituyen una prioridad en el diseño y ejecución de las políticas de salud de los Estados.
- 2) La producción de servicios se caracteriza por la tendencia mutiladora de sus acciones sin comprobación del impacto de estas últimas hacia la comunidad⁴.

- 3) La prevención y promoción en salud bucal se configuran como una política marginal y marginada, ya que no es la prioridad en la acción institucional y en consecuencia recibe un precario financiamiento, expresado entre otros, en la falta de recursos humanos calificados para formular y adelantar las acciones requeridas, así como en la falta de equipamiento tecnológico. Los programas preventivos que se llevan a cabo, especialmente para el caso de la caries dental, resultan insuficientes y se han fundamentado en la prevención etiológica, asumiendo al “individuo” como el reservorio de la acción.
- 4) Las posibilidades de acceso a los servicios para el cuidado y mantenimiento de la salud bucal resultan inequitativas, ya que las prestaciones ofertadas son insuficientes en relación a la deuda social existente, asumiéndose la atención odontológica como una responsabilidad individual que forma parte del consumo de servicios privados bajo las reglas del mercado, con escasa o ninguna regulación por parte del Estado, quedando excluidos amplios sectores de la población.
- 5) No se han establecido políticas de salud consensuadas institucionalmente que transversalice la prevención, a diferencia de lo ocurrido con otras intervenciones como es el caso de los planes de vacunación, la prevención del VIH-SIDA, los programas de salud materno-infantiles, entre otros.

En la búsqueda de una episteme alternativa para la epidemiología

La medicina social, como paradigma explicativo del hecho epidemiológico, surge en Europa con el trabajo realizado por el médico alemán Johann Peter Frank a quien se considera el padre de la salud pública¹⁸. Años más tarde el médico alemán Rudof Virchow estableció un conjunto de pautas que continúan teniendo vigencia como paradigma de transformación de la salud colectiva: la educación, libertad y prosperidad como mecanismos para prevenir el deterioro de las condiciones sociales que se expresan directamente en la salud de los pueblos¹⁹.

En Latinoamérica los desarrollos adelantados desde la medicina social, la salud colectiva y la epidemiología crítica, han permitido avanzar en una construcción alternativa en la perspectiva de entender, explicar y transformar el objeto salud – enfermedad, posiblemente por ser los pueblos latinoamericanos quienes albergan la mayor brecha en la inequidad social.

El emergente paradigma latinoamericano asume el proceso salud-enfermedad desde la perspectiva histórica y dialéctica; resignificando el objeto “salud” a partir la relación entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales¹⁸. Entre las críticas que se formulan al modelo preventivista, destaca la insuficiencia de herramientas metodológicas para el análisis de las condiciones de salud y enfermedad colectivos, que sirven de sustento a la epidemiología convencional¹⁹.

Se considera, además, que las necesidades de salud no se agotan en la demanda de los servicios, en las necesidades médicas, en las enfermedades, en los carecimientos, en los riesgos, en los sufrimientos, en el concreto de los indicadores de salud y de producción de los servicios. La consideración de que el proceso salud-enfermedad es socialmente determinado permite ampliar el concepto de necesidades de salud a todas las cuestiones que se refieren al desarrollo de una vida digna²⁰.

La relación social- biológica que define el movimiento de la salud- enfermedad en los colectivos humanos ha sido explicada ampliamente por Breilh a partir del proceso de subsunción ocurrido entre las reacciones físico- químicas, (movimiento inorgánico), el movimiento biológico (movimiento orgánico) y el movimiento social, estableciendo que la dimensión biológica no se encuentra conformada de manera autónoma, ni mucho menos influenciada externamente por lo que se conoce como “factores sociales”. Contrario a ello, las condiciones de salud individuales y colectivas se configuran en el seno de los procesos sociales, ya que desde que el ser humano se organizó en sociedad, dicha estructura presenta un mayor nivel de complejidad que progresivamente subsumió los procesos biológicos, químicos y físicos y en consecuencia pasó a ser determinante del comportamiento de los fenómenos biológicos colectivos e individuales. Por tanto, las causas esenciales que definen el comportamiento de los procesos saludables, así como de los enfermizos subyacen en la organización social²².

Esta postura epistemológica posibilita una mayor comprensión de la relación dialéctica existente entre la sociedad y los fenómenos singulares que ocurren en los individuos; ya que es en la organización de la sociedad donde subyacen las causas más profundas de la enfermedad, permitiendo, además una mayor comprensión del movimiento más amplio en el que tienen origen los fenómenos epidemiológicos²³.

La salud colectiva ha logrado reunir un poderoso arsenal de instrumentos para la comprensión de los procesos determinantes de la salud de todos los grupos sociales. El aporte desde la Epidemiología Crítica Latinoamericana ha sido el desarrollar un sistema de categorías y una propuesta metodológica que permitan entender las dimensiones de la determinación de la salud inscritas en los modos de vida típicos de cada grupo¹⁹, conformando una visión contrahegemónica en la epidemiología, pudiendo establecer una ruptura con el paradigma dominante de la salud pública y de la epidemiología anglosajona.

CATEGORÍAS FUNDAMENTALES DE LA EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA

Dentro del conjunto de categorías desarrolladas por la epidemiología crítica, los niveles de análisis, el perfil epidemiológico, la prevención profunda y el monitoreo participativo en salud (en adelante MPS), aportan una perspectiva integradora para avanzar en la articulación de la dimensión biológica y social para el abordaje epidemiológico de lo colectivo- individual.

Los niveles de análisis brindan la posibilidad de construir una unidad del mundo real y dentro de ella la unidad social- biológico. En el nivel general se ubica la sociedad en su conjunto: la organización social, el modelo de desarrollo económico dominante y el desarrollo de las fuerzas productivas, las políticas públicas y de salud, entre otros. Lo que ocurre en el nivel general se expresa y manifiesta en los niveles subsiguientes. En el nivel particular se ubican los grupos poblacionales característicos: la clase obrera, los empresarios, pequeños y medianos productores del campo, entre otros. Estructura de clases que varía de acuerdo a las condiciones de organización productiva y desarrollo económico y social propias de cada país. En el nivel específico o singular se ubica el individuo y su cotidianidad, con sus procesos biológicos (genotipos y fenotipos) en los cuales se expresan las determinaciones más amplias de lo general²¹. Estas categorías constituyen una valiosa herramienta para el análisis de las relaciones de poder, así como, para la planificación de las acciones de salud. De igual manera, en la planificación de la atención odontológica, tanto a nivel de políticas de salud como en el desarrollo y evaluación de programas preventivos, curativos y de rehabilitación, ya que brinda la posibilidad de delimitar el alcance de las intervenciones, permitiendo identificar si las mismas se encuentran dirigidas a la sociedad en general, a una clase social, fracción o grupo de la población o a la atención individualizada de pacientes. Permite, además identificar las posibilidades y limitaciones en la organización y funcionamiento de las instituciones prestadoras de servicios de atención

odontológica; así como, la delimitación de las competencias de los espacios locales de poder.

En el marco de los modos de vivir grupales (que se definen en el nivel particular), y los estilos de vida individuales que aquellos hacen posibles (ubicados en el nivel singular), se forjan formas de vivir, elementos y tendencias malsanas, así como procesos saludables y protectores; en otras palabras, se va generando una dinámica contradictoria de procesos destructivos y procesos protectores que terminan condicionando el desarrollo en los fenotipos y genotipos de las personas, sea de procesos favorables (fisiológicos, soportes y defensas físicos y psicológicos), o de alteraciones y trastornos (fisiopatológicos, vulnerabilidades y debilidad psicológica). A ese conjunto multidimensional y dialéctico de procesos que ocurren en las diferentes dimensiones de la vida, concatenados con los modos de vida y relacionados con las determinaciones y contradicciones estructurales más amplias, es lo que Breilh define como perfiles epidemiológicos²³.

A partir de la delimitación de los procesos protectores y los destructores presentes en los perfiles epidemiológicos de clases y grupos sociales, las acciones en salud deben dirigirse a potenciar y fortalecer todo aquello que favorezca la salud como garantizar los derechos humanos fundamentales, equidad en el acceso de los bienes y servicios necesarios para el desarrollo de las capacidades individuales y colectivas. De esta forma la promoción y prevención en salud se redimensiona ampliando las fronteras de su intervención más allá de

la manera como ha sido concebida desde el paradigma dominante desde la prevención etiológica.

El MPS puede ser considerado como una de las categorías operativas desarrolladas por la epidemiología crítica, ya que, a pesar de su denso soporte teórico, define una ruta que posibilita avanzar en la renovación del trabajo epidemiológico. Breilh establece tres principales fundamentos que lo distinguen de la vigilancia epidemiológica convencional. El primero de ellos se refiere a la forma de concebir el objeto salud, partiendo de la identificación de los determinantes sociales generadores de procesos protectores y destructores de la vida y la salud. En segundo lugar, la interpretación de la génesis de la enfermedad y en tercer lugar la gestión de las acciones en salud²³.

La propuesta del MPS se fundamenta en un eje conformado por la planeación estratégica y el control colectivo de la gestión a partir de la conexión técnica entre el conocimiento institucional y la construcción colectiva del saber, en consecuencia, se requiere de la participación social organizada e informada.

En cuanto al término “estratégico”, el mismo fue introducido tanto en la administración como en la planificación en salud desde finales del siglo pasado. En un esfuerzo por superar las limitaciones de la planificación normativa, Testa propuso el pensamiento estratégico en salud integrando metodológicamente la formulación científica y la intervención política, ya que según el autor la principal debilidad de la planificación normativa, es la omisión del

trabajo político²⁵. El pensamiento estratégico en salud es formulado por el autor en el escenario institucional para el alcance de los objetivos organizacionales y la forma de relacionamiento interno de los actores entre sí y con otros actores sociales extrainstitucionales.

Por su parte Breilh desde la Epidemiología crítica propone la planeación estratégica, definiéndola como “el proceso de construcción de un proyecto colectivo, con autarquía y claridad de objetivos estratégicos, en un escenario de inequidad social y bajo una estructura de poder, en el que se gestiona el saber y se realizan intervenciones organizadas para alcanzar metas sociales democráticamente definidas”²⁴. La dimensión política se articula claramente con la producción de conocimiento en torno a una realidad específica gestionada por sujetos sociales.

La planeación estratégica trasciende a las instituciones ya que se fundamenta en la gestión colectiva del saber y el control y seguimiento de la colectividad organizada sobre los procesos de los que dependen su bienestar, su funcionamiento democrático y la reproducción de sus conquistas materiales, culturales y humanas; para lo cual se requiere del desarrollo de nuevos modelos de gestión y de gerencia, así como de una profunda convicción democratizadora del saber y del poder en salud²⁴.

Transitando el camino de lo teórico - conceptual a la práctica cotidiana

El MPS puede formar parte de la política de salud de una nación. También puede ser impulsada desde los espacios regionales, desde los centros de salud que se encuentran en contacto directo con las comunidades en los que existen grados de libertad para formular planes locales. Las instituciones y el equipo de salud que se encuentren comprometidos con el mejoramiento de las condiciones de vida de las comunidades a las cuales tienen la responsabilidad de atender, requieren impulsar cambios en la manera de gestionar la salud. Asumir la participación comunitaria más allá del utilitarismo con el cual involucran a las comunidades, fomentando espacios de capacitación, discusión y reflexión crítica sobre la situación de salud colectiva en esos escenarios locales. Se trata de activar los mecanismos necesarios para el tránsito de “pacientes” a “sujetos sociales” con capacidad para transformar su cotidianidad, ya que, aunque el nivel general de la sociedad determina el movimiento epidemiológico, en lo local existen espacios para definir lo individual - biológico como parte decisiva de su propia realidad²².

La construcción y tratamiento de la información epidemiológica es una poderosa herramienta para la formulación y el seguimiento de metas establecidas en un trabajo conjunto entre el equipo de salud- comunidad. Se requiere superar los tradicionales esquemas de construcción de indicadores de enfermedad desde el saber institucionalizado, así como el uso que se le da a la información recabada, la cual tiene una circulación limitada a las instituciones de manera ascendente en la clásica estructura centralizada del aparato del Estado. Los indicadores de salud- enfermedad pueden ser re-construidos

incorporando la óptica de quienes los viven y los padecen, aspectos que generalmente pasan desapercibidos ante la mirada del profesional de la salud. Cuando las comunidades organizadas participan de la construcción del conocimiento en torno su propia situación de salud, se genera un compromiso que resulta indispensable en la acción transformadora que opera en el individuo y en la comunidad²⁵. La comunidad deja de ser tratada como la sumatoria de casos individuales y receptora pasiva de las intervenciones en salud, para asumirse como sujetos sociales conscientes de la responsabilidad que tienen en transformar sus espacios vitales en función de la preservación su salud individual y colectiva. Esta dinámica de trabajo posibilita avances sustantivos en la organización popular para la protección de la vida y la salud.

Por otra parte, el control social es participación concreta del pueblo organizado en la evaluación y ajuste de los procesos en su conjunto, y en los escenarios de toma de decisiones, sobre todo en aquellos en que se decide sobre la asignación de recursos y presupuestos. Dicha posibilidad se ejerce por medio de diversos canales y tanto en espacios locales, como regionales, cuanto nacionales²³.

La gestión colectiva en salud y sus tres pilares: la planeación estratégica; el monitoreo estratégico; y el control social sobre la gestión es una propuesta en construcción, para ser nutrida con las experiencias de los diferentes grupos de trabajo que asuman esta hoja de

ruta, en el propósito de realizar intervenciones eficaces para alcanzar los cambios estructurales requeridos en el perfil epidemiológico del componente bucal de la salud.

Recreando el trabajo epidemiológico en Odontología

En cuanto al trabajo epidemiológico en odontología se pueden identificar dos grandes vertientes. La primera de ellas se encuentra dirigida al relevamiento de información desde las instituciones responsables de los sistemas públicos de salud, área en la cual la OMS ha liderado el trabajo desde finales de la década de los sesenta estableciendo metas, diseñado sistemas de vigilancia epidemiológica y promoviendo el levantamiento de información para desarrollar políticas públicas relacionadas con la salud bucal. Debido al problema que representa la gran difusión de la caries dental y las implicaciones económicas que tiene, este ha sido uno de los blancos de sus acciones²⁶. A pesar de ello la OMS no ha impulsado de manera contundente una política que permita transformar la situación del componente salud bucal^{14,27}.

Por otra parte, se encuentra la investigación epidemiológica adelantada por las comunidades científicas, que hasta ahora ha estado predominantemente dirigida a recabar información por medio de índices en torno a las principales enfermedades que afectan el componente bucal de la salud, así como, a los aspectos técnicos y operativos de la práctica clínica¹. Actividades que se encuentran lideradas por las universidades, los centros y grupos de investigación públicos y privados.

En cuanto al trabajo adelantado por “la OMS, el mismo se ha estructurado en torno al diseño de instrumentos básicos y formularios de registro para su uso en la recopilación de datos clínicos, con criterios estándar para su registro, centrándose en el estado de la dentición y necesidades de tratamiento dental, las necesidades protésicas, anomalías del desarrollo de los dientes, la enfermedad periodontal y necesidades de tratamiento, las lesiones de la mucosa bucal y el precáncer / cáncer bucal²⁷, conjuntamente al diseño del proceso de calibración del personal encargado del relevamiento de la información para de esta manera poder asegurar la obtención de datos altamente confiables.

En un esfuerzo por ampliar la vigilancia epidemiológica sobre las enfermedades crónicas la OMS conjuntamente con la comunidad de enfermedades no trasmisibles (ENT), han diseñado una metodología para incluir los factores de riesgo y medir el progreso en la prevención de enfermedades crónicas y la promoción de la salud, especialmente dirigido a los países desarrollados, siendo la salud bucal uno de los aspectos a ser monitoreados dentro de los que ellos consideran como factores de riesgo²⁹. Sin embargo, el enfoque de factor de riesgo común no ha generado beneficios para la salud bucal y la comunidad de ENT apenas la han incluido, a pesar de la importancia del consumo excesivo de azúcar para otras ENT³.

El diseño de este conjunto de pautas desarrolladas por parte de la OMS para la vigilancia epidemiológica a nivel mundial, ubicadas en el concierto epistemológico tradicional, tienen

el claro propósito de la creación de bases de datos mundiales acerca de la situación de enfermedad general y bucal, para establecer comparaciones entre las naciones, así como, para orientar el diseño de políticas públicas. Pero en cuanto a su utilidad en el proceso de transformar los perfiles epidemiológicos de la población, es portador de las limitaciones propias del paradigma funcionalista en el cual se sustenta.

Para la mayoría de los países con economías dependientes, los sistemas de vigilancia epidemiológica en salud bucal se presentan marcadamente deficientes, aun dentro del viejo paradigma funcionalista. En los servicios públicos se recolecta información acerca de los pacientes atendidos y el tipo de tratamientos realizados, dentro de los cuales se incluye la prevención específica referida a la aplicación de sellantes de fosas y fisuras, aplicaciones tópicas de fluoruros, entre las más destacadas. La promoción de la salud se limita a las visitas a las instituciones en las cuales generalmente se realizan las tradicionales “charlas” dirigidas a poblaciones cautivas como es el caso de la población escolarizada, centros hospitalarios y en algunas ocasiones con los padres y representantes, que en todo caso son asumidos como simples receptores de información. A partir del reporte de estas actividades se consolida la información epidemiológica, con un uso estrictamente institucional en un flujo ascendente a los niveles centrales de decisión.

La odontología requiere posicionarse como parte fundamental de la calidad de vida, transversalizando las políticas y programas dirigidos a toda la sociedad. Ya se pueden

identificar en Europa iniciativas para impulsar un movimiento global de salud bucal como primer paso para demandar la atención que requiere un problema que afecta a buena parte de la población mundial³. Sin embargo, cada nación se encuentra en la obligación de impulsar sus propios planes estratégicos para dar respuesta en el marco de su contexto social y cultural. El trabajo de promoción en salud bucal requiere de inversión por parte de los Estados, así como, la incorporación de personal calificado para el trabajo con las comunidades, conformación de grupos multidisciplinarios, el diseño y desarrollo de programas de comunicación y difusión de información. La distribución gratuita de los implementos requeridos en la higiene bucal: cepillo dental, crema dental y seda dental para aquellos grupos poblacionales más vulnerables, debe asumirse como inversión social. Estas pudieran ser algunas de las medidas que desde los niveles centrales de decisión requieren ser generadas como parte de las políticas de salud bucal.

En los escenarios locales impulsar una gestión participativa en salud requiere del establecimiento de algunas premisas fundamentales, en el entendido de no pretender establecer fórmulas, ya que cada grupo social es poseedor de características y condiciones singulares.

Una de las premisas es comprender que ante un problema que afecta a gran parte de la población no se pueden alcanzar cambios estructurales si no se involucra a los afectados en la búsqueda y construcción de las soluciones, para lo cual es necesario trascender el

escenario institucional, aunque la iniciativa y el liderazgo se encuentre a cargo del personal de salud, en cualquiera de sus niveles decisorios. Ello se traduce en distribución de poder, fomento de procesos descentralizadores y en consecuencia profundización de la democracia.

Se requerirá entonces, asumir un marco teórico alternativo para reconfigurar el trabajo epidemiológico a partir de la forma de concebir el objeto salud, no solo en el sentido negativo de la presencia o ausencia de la enfermedad, sino integrando la salud- enfermedad como una unidad dialéctica en permanente movimiento y cuyos cambios no se encuentran limitados a las dinámicas de los procesos biológicos. Las categorías de la epidemiología crítica aportan un sendero teórico que hace posible superar la visión reduccionista que circunscribe la salud – enfermedad a los límites anatómicos de la cavidad bucal. Se amplía el campo de intervención ya no solo hacia el paciente que presenta signos y síntomas de enfermedad, sino que se incluye a la población que ha sido considerada sana en un momento determinado, para generar acciones que permitan el mantenimiento de la salud potenciando los procesos que protegen la misma. La promoción de la salud adquiere un compromiso mayor al estar planteada desde las condiciones de vida de la población sana y no desde la cavidad bucal del paciente enfermo.

Y un tercer aspecto se refiere a la forma de concebir la participación de la población en el trabajo comunitario en salud, como actores protagonistas de todas las fases de la

intervención, “ya que, si la comunidad no está de acuerdo en reconocer un determinado problema y de actuar sobre el mismo, no conviene realizar investigaciones e intervenciones pues están conducidas al fracaso, dado que la comunidad no participará o solo simulará hacerlo”³⁰.

Especial potencial para impulsar la renovación del trabajo epidemiológico en odontología lo tienen los espacios locales, es decir, los centros de salud de la red de atención primaria. Desde allí se le puede dar operatividad a muchos de los fundamentos teóricos de la epidemiología crítica y al monitoreo participativo en odontología. La información epidemiológica en salud bucal, debe ampliarse mucho más allá de los índices de enfermedad, ya que, desde la construcción colectiva del conocimiento, se trasciende a la identificación de los procesos protectores y destructores de la salud general y bucal que discurren en la representación social de los grupos sociales y comunidades.

La producción y difusión del conocimiento epidemiológico no debe ser un fin en sí mismo, sino una dinámica que contribuya a la transformación del paciente individual y colectivo (la comunidad) en actores sociales, que una vez vinculados en el trabajo de protección de la salud bucal y general sean conscientes del papel decisorio que ellos desempeñan en el mejoramiento de su calidad de vida, de manera individual, familiar y comunitaria. Es un derecho de todo ciudadano poder tener conocimiento acerca de los padecimientos que les afectan y de lo que deben y pueden hacer para transformar las causas esenciales que

determinan el comportamiento de dichos padecimientos. En este sentido, desde los centros de atención primaria, los servicios odontológicos deben desarrollar conjuntamente con las comunidades, dinámicas de capacitación fundamentadas en el encuentro de saberes en el cual se identifique las prácticas que las personas realizan para atender los problemas de salud bucal, cuando no tienen acceso a los servicios o simplemente porque son prácticas que predominan en la representación social de la salud bucal y que han sido transmitidas ancestralmente. Esta es una información indispensable en la construcción de los perfiles epidemiológicos y en el monitoreo participativo.

Partiendo de la construcción del perfil epidemiológico en salud bucal de una comunidad, en un trabajo conjunto con la comunidad organizada y capacitada, se deben proponer planes de trabajo, con metas claramente establecidas. La promoción de las diferentes técnicas de higiene bucal como el uso de la seda dental y cepillado dental en los diferentes grupos etarios; la difusión de información sobre las características básicas de la dentición temporal y permanente, el autoexamen bucal, la identificación de los primeros signos de caries dental y enfermedad periodontal, el revelado de placa dental con colorantes vegetales para evaluar la eficacia en la realización de las técnicas de cepillado y el entrenamiento a las madres embarazadas para que realicen la higiene bucal a los neonatos son algunas de las actividades con las cuales se puede dar inicio a la renovación del trabajo epidemiológico en salud bucal, que además de modificar los índices epidemiológicos a expensas de cambios estructurales en las comunidades, permite a través de los equipos de trabajo locales

(personal de salud- comunidad) el salto cualitativo de pacientes receptores de tratamientos a actores sociales capaces de avanzar en la construcción de la prevención profunda, ejerciendo un mayor control sobre su propio proceso salud – enfermedad.

A manera de colofón

La cavidad bucal, más allá de un conjunto de estructuras y órganos, comporta una dimensión del ser humano en la que se ilustra suficientemente la relación social- biológica que subyace en el proceso salud- enfermedad. En dicho componente se expresa toda la trama de determinaciones sociales en la que discurre la vida, desempeñando además un papel fundamental en la socialización de los seres humanos, haciendo posible la comunicación oral, las expresiones artísticas como el canto, la declamación y una de las más importantes para la humanidad, las expresiones afectivas como el amor y la sexualidad a través del beso. Es un componente determinado socialmente, que a su vez interviene en esa dinámica social, por lo cual no puede ser entendido ingenuamente como simple receptor de procesos biológicos.

La concepción biologicista – ecológica dominante en la práctica odontológica imposibilita una aproximación a los elementos esenciales constitutivos de su objeto de estudio, generando limitaciones conceptuales y operativas que se expresan en la imposibilidad de

alcanzar cambios estructurales en la conformación del perfil epidemiológico del componente bucal de la salud en la población.

La epidemiología crítica asume la salud- enfermedad como un proceso social, configurando un episteme que permite superar las limitaciones del paradigma dominante, proponiendo un conjunto de herramientas útiles en el propósito de generar en el trabajo epidemiológico un salto cualitativo desde la mera descripción de índices de enfermedad, a un trabajo epidemiológico transformador, el cual se sustente en la conformación de sujetos sociales que suscriban un proyecto de defensa de la salud y la vida en la comunidad planetaria.

La tarea epidemiológica que adeuda la odontología a la sociedad, constituye un espacio propicio para la construcción y consolidación del trabajo propuesto desde la epidemiología crítica.

REFERENCIAS

1. Morales O. Los Géneros Escritos de la Odontología Hispanoamericana Estructura retórica y estrategias de atenuación en artículos de investigación, casos clínicos y artículos de revisión. [Tesis Doctoral][Barcelona]Universidad Pompeu Fabra. 2010. 359p [Internet] Consultado el 02-05-2019. Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/7577>
2. Petersen P, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S & Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bulletin of the World Health Organization | September 2005, 83 (9) Consultado el 28-05-2019. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/bwho/2005.v83n9/661-669/>.
3. Beaglehole R. & Beaglehole R. Promoting radical action for global oral health: ¿integration or Independence? The Lancet Health [Internet] 2019 Jul [Cited 08/01/2020] 20;394(10194):196-198. Available from: doi: 10.1016/S0140-6736(19)31610-1.

4. Córdova Y. La producción de conocimiento odontológico. Una opción para América Latina. *Acta Odontológica Venezolana*. 1992. 31:59-67
5. Higashida B. *Odontología Preventiva*. 2ª Ed. México: Mc. Graw Hill; 2009. 316 p.
6. Payares C. ¿Es la práctica odontológica un trabajo social descontextualizado? *Revista Facultad de Odontología*. Universidad de Antioquia. [Internet] 1996. [Consultado el 22/05/2019] 1; Segundo semestre Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/326443/20783720>
7. Seif, Tomás. *Cariología. Prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental*. 1a ed. Caracas: Actualidades medico odontológicas latinoamericanas C.A; 1997.
8. Serra L. y Doreste J. *Epidemiología en Odontología*. En Cuenca, E. y Baca, P. *Odontología Preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. 3ª e. Barcelona: Masson S.A. 2005. 480 p.
9. Cuenca, E. y Baca, P. *Odontología Preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. 3ª e. Barcelona: Masson S.A. 2005. 480 p.
10. Harris N y García F. *Odontología Preventiva Primaria*. 2a ed. México: Manual Moderno; 2005. 530 p.
11. Irelan, R. *Higiene Dental y Tratamiento*. Garduño M. Traductora. 1ª ed. México: Manual Moderno. 2008. 574 p.
12. Breilh, J. *Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación*. 1ª ed. Ecuador: Ediciones CEAS.1994. 359 P.
13. Vitoria Miñana I. Promoción de la salud bucodental. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2011 Sep [citado 2019 Jun 08]; 13(51): 435-458. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322011000300010>.
14. Watt, R; Daly, B; Allison, P; Macpherson, L; Venturelli, R; Listl, S. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *Lancet (London, England)*, 2019;394 (10194) 261-272. Consultado 14/10/ 2019 Disponible en: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(19\)31133-X.pdf?code=lancet-site](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(19)31133-X.pdf?code=lancet-site).
15. La evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud. RCOE [Internet]. 2002 Oct [citado 2019 Jun 08]; 7(5): 537-545. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2002000600007&lng=es
16. Saraceno, B. Lo biológico y lo social en el abordaje de la teoría y práctica de la salud mental. En: Rodríguez M. *Lo biológico y lo social. Su articulación en la formación del personal de salud*. Washington. D.C: OPS/OMS.1994. 101- 119 p.
17. Breilh, J. *Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e interculturalidad*. 1ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2004. 317 p.

18. Medina-De la Garza C, Koschwitz M. Johann Peter Frank y la medicina social. *Medicina Universitaria*. [Internet] 2011 [Consultado 2019 dic 15] 13(52):163-168. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-johann-peter-frank-medicina-social-X166557961135647X>
19. Virchow R. (1848) *Archiv. für Patholog. Anatomie u. Physiologie u. für klin. Medicin. 1848, vol II, núms. 1 y 2*. *Medicina Social* [Internet] enero 2008 [Consultado el 12 de diciembre de 2019] 3(1) 5-20 Disponible en: <http://socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/176/377>.
20. Casallas AL. La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Revista Ciencias de la Salud* [Internet] 2017; [Consultado 2019 sep 15]15(3):397-408, Disponible en: doi:<http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>.
21. Bertolozzi MR, De-la –Torre MC. Salud colectiva: fundamentos conceptuales. *RSA* [Internet]. 6 de julio de 2015 [citado 30 de diciembre de 2019]; 00:24 -36. Disponible en: <https://revia.areandina.edu.co/index.php/Nn/article/view/309>
22. Breilh, J. 1994. Las ciencias de la salud pública en la construcción de una prevención profunda. Determinantes y proyecciones. En: Rodríguez M. *Lo biológico y lo social. Su articulación en la formación del personal de salud*. Washington. D.C: OPS/OMS.1994. 63-100 p.
23. Breilh, J. *Epidemiología, Economía, Política y Saúde*. 5ª ed. Sao Paulo: Universidade Estadual Paulista: Fundação para o Desenvolvimento da UNESP. 1991.276 P.
24. Breilh, Jaime. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva* [en línea] 2010, 6 (Enero- Abril) : [Fecha de consulta: 2 de junio de 2019] Disponible en: <http://2011.redalyc.org/articulo.oa?id=73115246007> ISSN 1669-2381
25. BREILH, Jaime. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2003, [Fecha de consulta: 20 de junio de 2019] 8:4, 937-951. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000400016>.
26. Testa, M. (1995) *Pensamiento estratégico y lógica de la programación (el caso de salud)*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
27. Duque Naranjo, C, Mora Díaz, ÍI. La representación epidemiológica de la caries en el mundo a través de mapas. *Universitas Odontológica*. [Internet]. 2012. [Consultado el 11/05/2018] 31(66):39-48. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231224425005>
28. Petersen P, Bourgeois D, Bratthall D & Ogawa H. Oral health information systems — towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. *Bulletin of the World Health Organization* [Internet] September 2005 [Consultado el

- 28-05-2019.] 83:9 Disponible en
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2626332/>
29. El Método STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas. OMS. [Internet] 2006 [Consultado el 11/05/2019] Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43580/9789244593838_spa.pdf;jsessionid=EA089D6CB8B255B054680FBBBE083D0E?sequence=1
30. Menéndez, E. y Spinelli H. Participación Social ¿Para qué? 1ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2006. 200 p.