
“Salud bucal y odontología: disyuntivas frente al capital financiero y la concepción restringida de la salud”

Mesa temática: MESA 8. Los mercaderes y el templo: la salud en tiempos de capitalismo global

Mesa temática alternativa: MESA 11: Sociología y salud. Percepciones, construcciones y reflexiones sobre el proceso salud-enfermedad-atención como práctica social compleja

Estela M. Cenci - estela_cenci@hotmail.com - Comisión de Salud Bucal y Odontología Crítica de la Federación Argentina de Médicos Generalistas-

Resumen

Desde los diversos espacios de decisión política, históricamente, la salud bucal de la población y la odontología como disciplina, se piensan y actúan de manera fragmentada. La formación disciplinar y el modelo de práctica odontológica dominante, conduce al resultado de un accionar profesional, con una realidad fraccionada de la boca y a un despliegue de esfuerzos, que desatienden la integralidad en la problemática.

La distribución desigual de experiencias, que dañan la salud bucodental, son el resultado de la combinación de políticas sociales e intervenciones deficientes, de situaciones económicas injustas y de falta de decisión política para abordar la salud bucal de manera integral y procurar la equidad. En la salud bucal de la población, el odontólogo, solo es un eslabón más, de un proceso complejo, que exige abordarse desde una mirada integral, incorporando el diálogo entre las disciplinas médicas y sociales y desde el anclaje en la determinación social del proceso salud- enfermedad.

El cuerpo humano ha sido desde siempre codiciado por los distintos poderes. Agentes o agencias del “complejo médico-industrial”, que intentan apropiarse de los cuerpos. La

pérdida de los elementos dentarios es una clara marca al cuerpo, en desmedro de la investigación comprometida hacia la promoción de salud y prevención de problemas bucales

El objetivo de esta ponencia es analizar los procesos de salud-enfermedad desde diversos vectores de poder, e interpelar los espacios de formación, para deconstruir el modelo de exclusión que impide la pretendida conciencia social en salud que debería generar Universidad y Estado.

Para ello se apela al enfoque cualitativo, al método analítico, y al uso de fuentes de información secundaria.

Palabras claves. -Odontología- Determinantes sociales- Capital financiero

1. Salud bucal y odontología: disyuntivas frente al capital financiero y la concepción restringida de la salud

En este texto se pondrán en discusión las prácticas y paradigmas dominantes en odontología (generalmente subordinada a la lógica de mercado) frente al pobre impacto que esta disciplina tiene en la salud bucal de las poblaciones, según los datos socio-epidemiológicos mundiales . (Organización Mundial de la Salud, 2020)

La salud bucal de la población y la odontología como disciplina parecieran transitar caminos paralelos y completamente disociados. Históricamente se las ha tratado desde los diferentes espacios de decisión política y sanitaria como fenómenos independientes uno del otro. Esto ha dado como resultado una práctica profesional que se caracteriza por un gran despliegue de esfuerzos e innovaciones técnicas y tecnológicas pero que muy frecuentemente ignora o descontextualiza los aspectos biológicos, los psicológicos, sociales y económicos de los problemas bucales. (Payares, 1997)

El Sistema de Salud y Seguridad Social en la Argentina, sufrió el efecto privatizador y devastador de las políticas neoliberales durante años, reproduciendo modelos injustos que nos toman a los odontólogos, como hacedores de la reproducción de inequidades y desigualdades. Esto se traduce en que cuando se desarrollan estrategias de salud

bucal a nivel estatal, generalmente se ejecutan con escasos recursos y con una impronta asistencialista, intelectualmente miope, que evita poner en discusión el problema central que es la distribución y no la escasez macro de recursos. Este circuito instalado y naturalizado, abre el camino para que abunden en la atención del sistema público y por parte de los profesionales descapitalizados de formación crítica y humanizada, las violencias en los cuerpos y las violencias simbólicas a los pacientes, que pertenecen generalmente a clases populares sumamente vulnerables.

No es raro que aparezca generalmente de manera solapada pero explícitamente, cierto racismo de clase, por parte del profesional de la boca, que le permite de una forma disimulada poner de manifiesto su escaso compromiso histórico social, legitimar sus privilegios, su propia dominación y donde las clases más desfavorecidas subyacen ante este campo dominado y muchas veces, terminan asumiendo su posición de desventaja, como parte de su destino (Vazquez Garcia Francisco, 2002).

Es imperiosa la necesidad de asignación de presupuestos y el compromiso con esta problemática marcada por la desigualdad de la población argentina y se permita así, con políticas de amplio alcance, de bajo costo y efectivas, concretar con la rehabilitación completa de la boca de la población que lo requiera. Es hora de enfrentar los intereses de grupos concentrados dominantes con su práctica de avaricia y acumulación, para empezar a saldar esta deuda en la salud pública y de la democracia. (Escudero, 2016)

Muy alejado de esta realidad se encuentra el sector privado que dispone de muchos recursos, innovación permanente en materiales, técnicas y aparatología, configurando un escenario que muestra una enorme distancia entre la salud bucal (la de todos, la que se paga con impuestos, la de la población) y una odontología de vanguardia (la de pocos). Un claro ejemplo son las prepagas sostenidas por los bolsillos del devenido paciente a cliente, y donde el capitalismo puso su ojo sobre los servicios de salud con un objetivo cuasi excluyente, el lucro. (Menendez, 2003).

Se observa por una parte el énfasis puesto en intervenciones técnicas y procedimientos tecnológicos para la rehabilitación odontológica que son funcionales a los intereses del mercado, pero que desvalorizan o directamente ignoran la investigación científica para

la prevención de problemas bucales de alta prevalencia como son la caries y la enfermedad periodontal, con metodologías y tecnologías que sean accesibles a la población.

Se naturaliza de esta manera, el modelo odontológico mercantil hegemónico que articula la investigación y la producción industrial (manteniendo una relativa autonomía con los sistemas de atención de la salud de las poblaciones) conformando de esta manera lo que se ha denominado “complejo médico-industrial”, (Peña Alejandra, 2018) donde las agencias de poder, las industrias tecnológicas, farmacéutica, alimentarias, cosméticas, de materiales dentales y los medios de comunicación contribuyen en la construcción de una forma de vida que podríamos llamar del sujeto neoliberal que gestiona su propia vida como una empresa donde todos sus aspectos vitales (incluyendo su boca) se piensan en términos de recursos, inversiones y rentabilidades.

El cuerpo humano ha sido desde siempre codiciado por los distintos poderes (López-Moreno, Chapela, Hernández, Cerda y Outón, 2011; Beuchamp, 1996), mirándolo como territorio a invadir. Desde esa codicia lo han ido convirtiendo en “cuerpo-territorio”, utilizando la construcción del miedo a la exclusión o -lo que es igual- a la pérdida de seguridad. (Chapela Mendoza & Garfias Contrera , 2011)

Las patologías bucales están ampliamente diseminadas en el planeta y son consideradas ya una pandemia por la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud, 2020) Aunque generalmente no matan, sí excluyen, propician la humillación y dejan profundas cicatrices de inscripción tanto corporal como simbólica, dejando al descubierto las inequidades en el ámbito de la salud en nuestras sociedades.

La odontología se ha instalado en un reduccionismo desintegrador al utilizar exclusivamente las leyes de la biología y las de la mecánica para explicar los padecimientos bucales. Ha considerado su objeto de trabajo, la cavidad bucal, como un sistema cerrado, de su exclusividad e imperturbable a acciones externas a ella, como la subjetividad del individuo, su interacción (social, emocional, laboral) que lo construyen y atraviesan, resultando en una práctica autosuficiente y muchas veces insensible. (Payares, 1997)

Desde el imaginario de la carrera de odontología nuestra responsabilidad es cuidar la salud bucal de la población, función clara y manifestada en todos los discursos y para lo que la Universidad nos prepararía con todos los recursos de información y tecnológicos necesarios. Por lo tanto, no debería ser tan complejo aplicar nuestras “recetas” aprendidas en la facultad, para prevenir las caries y enfermedades periodontales, dando “indicaciones generales” de higiene, dieta, hábitos, conductas, etc. Como si estas fueran instrucciones descontextualizadas que pudieran ser cumplidas en cualquier situación, circunstancia y condición de vida.

Sin embargo, podemos ver claramente en los rostros sin dientes de nuestras poblaciones lo insuficiente que resultan estas recetas universales. Un problema supuestamente sencillo de abordar se constituye en un fárrago de indicaciones y consejos que no logran producir un impacto significativo, y contribuyen sin quererlo a la exclusión y la desigualdad social de la que es víctima la población más vulnerable.

Consideramos que en los centros formadores y universidades existe poco interés en desentrañar los complejos problemas que afectan a la salud bucal. Existe un sinnúmero de comportamientos pasivos, adaptados y colonizados que impiden la intervención para una educación crítica y emancipadora (Peña Alejandra, 2018).

Esto se agrava y complejiza en la formación de posgrado donde la codicia económica de diversas agencias de poder profundiza el individualismo y las cegueras ideológicas, con pensamiento tecnocráticos y pragmáticos ligado a intereses que hacen invisible la base social de la salud. El neoliberalismo y su lenguaje son claros: humanizar las cosas (sobre todo el capital) y cosificar las personas (Boudou, 2020).

Cotidianamente en nuestra práctica desde una odontológica crítica, apoyada en la concepción de la Salud Colectiva, se nos presentan situaciones donde la caries es solo una más de las expresiones de un modo de vida, de una subjetividad (miedos, imaginarios, culturas) y de un modo de relación social.

Resulta casi imposible cambiar esas situaciones con los recursos que disponemos desde la formación disciplinar hegemónica, que son insuficientes para pensar estos problemas desde la perspectiva de quien los padece.

Se suma un Estado disciplinador que desde su política de salud, pregona la productividad en sus profesionales y gestiona su distribución, sin tener en cuenta las demandas sociales, la tendencia del pluri- y subempleo, la prevalencia de formas de contratación, son realidades vividas por una proporción significativa de los profesionales en la nueva realidad creada por el sistema agregados los contextos de violencia laboral y las inequidades sufridas al interior del espacio de trabajo. (Weller, 2009)

Entonces, el profesional odontólogo, fagocitado por el sistema, frente a un paciente indefenso con su subjetividad intervenida. ¿Indica el lavado de los dientes tres veces al día o debe trabajar sobre los causales de supervivencia que lo aquejan,??? El proyecto neoliberal en América Latina se impuso una prioridad, la implosión del Estado de Bienestar, y el mejor dispositivo para esta tarea fue crear “la crisis” como estrategia del miedo y como dispositivo de poder. (Dávalos, 2013)

El odontólogo debe trabajar en imponer los cambios de hábitos aprendidos en su formación de grado, o debe comprender las construcciones simbólicas que hace el paciente de dichos hábitos.? Nos espeja nuevamente nuestra formación disciplinar la deficiencia desde una comprensión holística y compleja del hecho social.

Es posible recomendar “alimentación saludable” si el paciente no cuenta con la canasta básica garantizada?? Producto del enfoque vertical y de un concepto estrictamente biomédico de la salud, nuestros esfuerzos y “acciones educativas”, no imprimen” valor” en los otros,(transformar para su bien las capacidades y potencialidades individuales), ya que no llegamos a comprender la estrecha relación que existe entre la boca, la alimentación, su relación con el placer, la salud y las posibilidades del individuo.

Esto nos vuelve a colocar en una disyuntiva de nuestra formación académica con una observación de la realidad fraccionada y reducida de la boca, que nos conduce e incentiva a diagnosticar desde el riesgo bucal, culpabilizar a la víctima, y no discutir ni comprender la vulnerabilidad social , su impacto sobre el cuerpo y lo complejo del proceso salud enfermedad con sus actores involucrados (Breilh, 2015).

La salud no es un hecho aislado de la vida cotidiana de comunidades ni de las personas, no tiene carácter espontáneo, sino que es el resultado de múltiples interacciones que definimos como de "producción social" (Laurell, 1982).

Esta pandemia expuso de la forma más cruel y con las muertes de miles de personas en el mundo, los objetivos y el carácter rector de los gobiernos en cada país para poner en valor la salud de sus pueblos. Nuestro gobierno desde su asunción, a pesar de las enormes dificultades económicas y sociales que encontró (pobreza, desempleo, precarización laboral, servicios mercantilizados, exclusión social), está dando respuestas con alto contenido de políticas en salud, sensibilidad y acciones sociales concretas, a pesar de las amenazas desestabilizadoras que provienen tanto del interior de Argentina como del extranjero .

Hablar de Salud no es hablar de un "querubín asexuado". Hablar de salud es un hecho político, económico y social, nosotros como odontólogos e integrantes de equipos de salud, debemos intervenir con transformaciones y practicas concretas, para disminuir los enormes costos sociales de trabajar en forma aislada, sin el dialogo con las demás especialidades, sin politizar la problemática bucal y sin la comunidad, y así poder fortalecer "el cuidado de sí" y la acción colectiva para el bien común y emancipatorio.

Bibliografía

Boudou, A. (12 de Abril de 2020). Cuando pase el temblor. *Cohete a la Luna*.

Breilh, J. (2015). *Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud* . ALAMES.

Chapela Mendoza, C., & Garfias Contrera , E. (2011). *La salud en Mexico*. Universidad Autónoma Metropolitana UAM-Xochimilco: Printed and made in Mexico.

Dávalos, P. (2013). Distopía y violencia neoliberal. *Revelion.org*.

Escudero, J. C. (Marzo de 2016). Las deudas de nuestra democracia en el campo de la salud colectiva. (P. Fenix, Ed.) *Voces en el Fenix*(52), 96 a 103.

Laurell, A. C. (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. En C. d. (CESS), *Cuadernos Medicos Sociales* (pág. 1 a10). Rosario.

Menendez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde coletiva [online].*, vol.8, n.1, pp.185-207.

Organizacion Mundial de la Salud. (25 de Marzo de 2020). *Oral-Health*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

Payares, C. (1997). ¿Es la práctica odontológica un trabajo social descontextualizado? *Rev Cubana Estomatol v.34 n.2 Ciudad de La Habana* .

Peña Alejandra. (2018). Complejo Médico Industrial en Odontología: El caso de la Implantología. *Investigacion en Salud Colectiva*, 93-102.

Salud, O. M. (2010). *Informe sobre la situación mundial*. OMS.

Vazquez Garcia Francisco. (2002). *PIERRE BOURDIEU. La Sociología como Crítica de la Razón*. Montesisnos Editor S.L.

Weller, J. (2009). *El Nuevo Escenario Laboral Latinoamericano*. Argentina: Siglo Veintiuno Editores.