

El significado de la boca y la salud bucal y su relación en el diseño de políticas públicas de salud bucal en México.

Autores. Natalia Odeth Santos Madrigal y Sergio López Moreno.
Universidad Autónoma Metropolitana.

Autora principal. Natalia Odeth Santos Madrigal.

Dirección: Maestra en Medicina Social, Estudiante de doctorado en Ciencias en Salud Colectiva.

Correo electrónico. nataliaodeth@gmail.com

Palabras clave. Significados, boca, salud bucal, políticas públicas.

Resumen.

El objetivo de esta investigación es analizar los significados de la boca de los usuarios, odontólogos del Sistema Nacional de Salud (SNS) en México y de las políticas en salud bucal plasmadas en las Normas oficiales y el Programa de Salud Bucal. Las diferencias de los significados de los usuarios y los odontólogos y las políticas pueden impedir o imposibilitar el uso y la organización de los servicios de salud. Se propone que el conocimiento del significado de la boca sea útil para el diseño y la elaboración de políticas públicas en Salud Bucal.

Résumé.

L'objectif de cette recherche est d'analyser les significations de la bouche des utilisateurs, les dentistes du système national de santé (NHS) au Mexique et des politiques de santé bucco-dentaire incorporées dans les normes officielles et le programme de santé bucco-dentaire. Les différences dans les significations des utilisateurs et des dentistes et des politiques peuvent empêcher ou désactiver l'utilisation et l'organisation des services de santé. Il est proposé que la connaissance du sens de la bouche soit utile pour la conception et l'élaboration de politiques publiques en santé bucco-dentaire.

Contexto y descripción del problema.

Las enfermedades bucales tienen una alta prevalencia en México¹ y afectan con mayor severidad a los grupos que viven en peores condiciones de vida de acuerdo a la posición que ocupan en la estructura social^{2,3}. La caries dental, las periodontopatías y el cáncer bucal son enfermedades irreversibles y su efecto se acumula en las diferentes etapas de la vida; ocasionan problemas de funcionalidad y desarrollo que repercuten en la alimentación, masticación, respiración, comunicación y desarrollo de capacidades⁴.

En la primera infancia, la boca constituye uno de los principales órganos de supervivencia, en ella se concentran las principales responsabilidades del cuerpo para su desarrollo y crecimiento, incluso para la vida cultural en la cual los individuos se incorporan a la sociedad⁵. En los adolescentes, el significado de la boca se asocia principalmente con la comunicación que incluye la expresión de sentimientos y el ejercicio de su sexualidad⁶. En edades adultas, la boca constituye una forma de enfrentar el mundo del trabajo y el significado estético toma un aspecto relevante⁷. Sin embargo, esta normalizada e impostada la idea de que la boca no tiene importancia en relación con la salud y las enfermedades de las personas, lo cual se puede afirmar debido a la falta de atención que la boca recibe por la propia práctica médica y odontológica por parte del Estado y del sector privado. Para los principales actores en esta problemática la boca no es significativa, suponemos que esto se debe a que se desconoce su importancia en el desarrollo, integración y reproducción de los grupos sociales.

Los sistemas de atención y la política pública actual no han logrado disminuir la prevalencia de estas enfermedades pues implica una problemática compleja y con múltiples determinaciones. Las condiciones de vida y salud bucal (SB) de las poblaciones, sus sistemas de atención, la práctica odontológica y sus políticas públicas deben ser elementos de estudio para la problemática de salud bucal. Estudiarlos involucra diferentes discursos y advierte la importancia de que los significados de la boca y su salud tomen un papel relevante para la comprensión y solución del problema.

En las últimas décadas en México, las instituciones educativas y de salud han realizado un gran esfuerzo para proporcionar información acerca de las enfermedades bucales, pero todavía existe una insuficiencia de datos nacionales sobre algunas enfermedades bucales de menor prevalencia en la población, así como datos de determinados grupos. La mayor parte de los datos de este apartado se derivan de dos encuestas representativas de la población a nivel nacional que se organiza desde hace apenas 10 años a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles (SIVEPAB), coordinado por la Secretaría de Salud y por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Este problema se agrava porque el sistema de atención privada no está obligado a dar información al SIVEPAB para ver el comportamiento de las enfermedades bucales, por lo que el sistema nacional de salud público no tiene una relación en la vigilancia y control epidemiológico con el sistema de atención privado.

México es un país con alta prevalencia de enfermedades bucales como la caries, que en 2012 se estimaba que estaba presente en un 97%⁸ de la población. Existen antecedentes de caries dental desde los tres años o antes, y siete de cada diez preescolares presentan la enfermedad. Los índices muestran que la presencia de enfermedad aumenta con la edad, a los 19 años, de 6 a 7 dientes están afectados y se han perdido por lo menos dos dientes al cumplir los 34 años de edad. A los 65 años se han perdido de 10 a 11 dientes y se sigue presentando caries. La caries dental, las periodontopatías y el cáncer bucal⁹ son de las cinco enfermedades con más demanda de atención en el país. Estas enfermedades son consideradas como uno de los principales problemas de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia en todas las regiones del mundo.

La atención odontológica en México se da a través del Sistema Nacional de Salud, que es público, y el sistema de atención privada. El primero ofrece, como consulta odontológica no especializada, en su primer nivel de atención, cuidados considerados básicos como son la orientación en prevención y restauraciones simples. Los tratamientos simples consisten en recomendaciones en educación para la salud bucal, técnica de cepillado, uso de hilo dental, profilaxis dental y rehabilitación de lesiones cariosas no complejas con amalgama, resina o ionomero de vidrio y extracciones. Su calidad depende de cada programa, de la disponibilidad de odontólogos por unidad y de los insumos disponibles¹⁰. Los usuarios de estos servicios se ven obligados a resolver tratamientos complejos que son intervenciones como la terapia de conductos (endodoncia), rehabilitación protésica, parcial o total, fija o removible, cirugía, tratamiento para enfermedad periodontal, y tratamientos especializados como ortodoncia, implantología y cuidados altamente estéticos en el sistema de atención privada. En la mayoría de los casos este es el primer lugar en la búsqueda de atención, su acceso depende de la capacidad de pago de las personas, dejando así a una gran parte de las necesidades en salud bucal sin satisfacer y otorgando al mercado la “solución” en la atención de las enfermedades bucales. Actualmente esta práctica potencia la idea de la boca como mercancía.¹¹ En esta práctica se simbolizan una cantidad importante de relaciones de poder, representaciones y significados culturales.¹² Su rezago en cuanto al mejoramiento de la salud bucal de la población es importante pues su ejercicio no ha disminuido la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades bucales, en cambio ha propiciado que las personas se

vuelvan consumidores de productos de higiene bucal sin que esto se refleje en mejores condiciones de salud bucal.

Algunos estudios en México relacionan la prevalencia y la existencia de desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud bucal. También existen estudios para identificar las concepciones del proceso salud/enfermedad por parte de los usuarios, para los cuales sus significaciones están relacionadas con lo sano como ausencia de enfermedad y sinónimo de belleza, buena presencia e imagen. La enfermedad bucal es asociada a gastos y altos costos para rehabilitarse¹³.

Las políticas públicas como instrumentos de poder económico, político e ideológico, toman particularidad según el régimen que los Estados adquieran históricamente en relación con la sociedad. En ellas se refleja principalmente la noción de salud, su significado en relación con la vida humana y el papel que juega de acuerdo a los intereses de clase. En materia de salud, las políticas estatales se verán obligadas a disminuir las brechas en salud de haber otras fuerzas políticas y propuestas que evidencien las necesidades de la sociedad. En un país dependiente como México, las relaciones con las potencias económicas y los grandes capitales condicionan y establecen las políticas nacionales. En el Estado neoliberal las políticas de salud adquieren de forma enfática un carácter mercantil al desestructurar los sistemas existentes, desembarazándose el Estado de su responsabilidad en cuanto a gasto social proveniente de los impuestos y haciendo a la población pagar por ellos como si fueran servicios privados¹⁴.

En México las políticas en salud bucal tienen dos acciones principales que se llevan a cabo a través del Programa de Salud Bucal¹⁵. La primera acción es de intervención poblacional para disminuir caries dental por medio de la fluorización de la sal de mesa, que está comprobado que disminuye su aparición¹⁶; y la segunda, corresponde a los programas de prevención que enfocan sus esfuerzos a la disminución de caries dental, periodontopatías y cáncer bucal, a través de programas de educación para la salud bucal que intentan incidir solo a través de los cambios de comportamiento de las personas, sin considerar las determinantes sociales¹⁷ en salud que condicionan la salud bucal de estos grupos y modelan las formas en las que estos significan su boca y su salud, focalizadas además en poblaciones vulnerables. Estas políticas reflejan la poca importancia que el Estado otorga al mejoramiento de la salud bucal. La boca es irrelevante para los programas pues no existe un significado social de esta, la idea de promoción en salud se restringe a dar técnicas de cepillado en escuelas, asilos, guarderías, pues el discurso al que pertenecen sigue siendo el modelo epistémico hegemónico odontológico, que sostiene que las enfermedades más comunes en la boca son causadas por factores de riesgo individuales y por lo tanto, disminuirlas se reduce exclusivamente a la higiene bucal de cada individuo y la salud bucal es entendida solo como ausencia de enfermedad por lo que se encuentra ausente una noción en cuanto a derecho a la salud¹⁸. Las políticas públicas en México se quedan al margen de lo preventivo individual sin resolver de manera efectiva los altos índices de morbilidad, la demanda de atención, la distribución y regulación de los recursos humanos, esto permite la intervención del mercado en diferentes dimensiones de las prácticas en SB¹⁹ afectando directamente las condiciones de SB de las personas, evitando que la atención bucal sea completa, acabada, integral, humana y de plenitud de derechos.

La SB pareciera ser irrelevante para todos los actores involucrados, pues está ligada inmediatamente con la capacidad de pago, con el dolor y el miedo a la atención. Difícilmente son visibles los esfuerzos o dificultades que cada persona tiene para comprender la problemática de su salud. Pensamos que una parte de esta irrelevancia se debe a que no se reconoce a la boca como una parte del cuerpo en donde se imprimen

procesos de salud que juegan un papel fundamental en la vida social para el desarrollo de las capacidades de las personas²⁰.

La relación que establecemos con los significados de la boca y su salud es una propuesta metodológica para conocer la importancia que en la vida social y cultural tiene la boca como una parte del cuerpo que juega un papel trascendental en todas las etapas de la vida, en el desarrollo individual y colectivo de los grupos.

Hemos hecho un recorrido importante al revisar los estudios que desde la enfermedad buscan entender y solucionar tan complejo problema, y sin embargo no se reconoce que lo fundamental de mantener la boca sin caries, enfermedades periodontales y cáncer, es que la presencia de estas enfermedades imposibilita, restringe, excluye y causa sufrimiento a todas las personas que llegan a estadios graves, y a la pérdida de órganos dentarios.

Los significados de la boca por mas polisémicos que sean constituyen parte de un discurso, por lo que analizar la intervención de diferentes discursos en las narrativas de los sujetos, genera conocimiento que contribuye a la comprensión de estas problemáticas y generan importantes hallazgos para la elaboración de políticas públicas innovadoras.

La concepción del estudio a través discurso parte de que todos los objetos y prácticas son discursivos, para que las cosas y actividades tengan significado, deben de formar parte de discursos concretos. El significado social tanto de las palabras como de los textos, acciones e instituciones, se entiende en relación con el contexto general del que forman parte. Cada significado esta en relación con la práctica en la que tiene lugar, y cada práctica, con un determinado discurso²¹. En este estudio usaremos como parámetros el discurso odontológico hegemónico, el discurso neoliberal, y el discurso de alteridad histórica y cultural.

Teorías, métodos, modelos utilizados.

La investigación se realiza con abordaje cualitativo a través de una revisión documental y análisis discursivo de las políticas en salud bucal plasmadas en las Normas oficiales en Salud Bucal y el programa de acción específico de prevención, detección y control de problemas de salud bucal 2013-2018^{21,22}, así como entrevistas en profundidad²³ a usuarios y odontólogos del Sistema Nacional de Salud (SNS) y a coordinadores del Programa de Salud Bucal en la Ciudad de México. Los modelos teóricos son la determinación social de la salud de la escuela Latinoamericana de Salud Colectiva y Medicina Social²⁴, el análisis del discurso de Michael Foucault,^{25,26} la filosofía analítica de John Searle²⁷ y diferentes teorías del significado en psicología cultural, antropología médica y en lingüística.^{28,29,30}

Los métodos cualitativos utilizadas el en desarrollo del trabajo de investigación, se basan en el entendido de que, el habla de un sujeto depende de su subjetividad y de la intersubjetividad con otros, las cuales a su vez están condicionadas por el contexto cultural, social e histórico en el que se desarrolla. Por esto es imprescindible el conocimiento de aquellas disciplinas relacionadas con el estudio de la cultura, de la sociedad y de la historia para investigar con el lenguaje y el habla de los sujetos y con los discursos y representaciones a que dan lugar. Así, para practicar la investigación cualitativa son necesarios conocimientos sobre la subjetividad, psicoanálisis, los significantes y los significados de las palabras y los signos (lingüística, semiótica), el sentido de los mismos (semántica), la interpretación de los símbolos (hermenéutica), la cultura (antropología), la percepción de la realidad (fenomenología) y sobre la sociedad (sociología). La metodología cualitativa es, pues, una forma multidisciplinar de acercarse al conocimiento de la realidad social³¹.

Por eso asumimos que a través de los significados se pueden conocer partes, fragmentos, manifestaciones o ausencias de las relaciones económicas, políticas, ideológicas y de poder que imperan en la sociedad, estos significados pueden legitimar, cosificar, o reproducir diferentes discursos³² pues el individuo produce subjetividades diversas de las realidades de las que es parte, como la significación de su cuerpo, de su boca y su salud. Estas manifestaciones de ninguna forma son homogéneas y estables, pero sí históricas, determinadas por las relaciones sociales existentes y por los contextos económicos y políticos.

El estudio se realiza en el Sistema Nacional de Salud (SNS) específicamente en centros de salud de la Ciudad de México que pertenecen a la coordinación de la Secretaría de Salud en la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez y en la Jurisdicción Sanitaria Milpa Alta que cuentan con servicio odontológico y dan servicio a personas que no cuentan con seguridad social laboral. El SNS es una importante fuente de información, pues en él se aplica el sistema de vigilancia epidemiológica, y se aplica el Programa de Salud Bucal. Para alcanzar estos objetivos se realizó un estudio cualitativo basado en el uso de técnicas etnográficas —como entrevistas en profundidad, observaciones directas e investigación documental- y análisis de discurso. La selección de los temas de la entrevista se realizó con base en teoría y por conveniencia. Los criterios de inclusión para la población elegida fueron por grupos de edad según la Cartilla Nacional de Salud y los grupos de edad cuantificados por el SIVEPAB.

Las entrevistas fueron distribuidas de la siguiente manera: 4 a adolescentes, de las cuales fueron 2 a mujeres y 2 a hombres; 4 entrevistas a jóvenes, de las cuales fueron 2 mujeres y 2 hombres; 4 entrevistas a adultos jóvenes, de las cuales fueron 2 mujeres y 2 hombres; y 4 entrevistas a adultos mayores, de las cuales fueron 2 mujeres y 2 hombres; 5 entrevistas a odontólogos(as) operativos(as) del centro de salud y una entrevista a la coordinadora del programa de salud bucal y al director del centro de salud.

En todos los casos las entrevistas se llevaron a cabo respetando los principios éticos fundamentales de la investigación cualitativa y únicamente cuando los entrevistados aceptaron participar expresando verbalmente y por escrito su consentimiento informado. No se llevó a cabo ningún tipo de intervención, por lo que se trata de una investigación de riesgo mínimo. Las entrevistas se aplicaron a pacientes que se encontraban en la sala de espera del centro de salud.

Las categorías que se incluyeron en la realización del instrumento fueron tres. La categoría cuerpo, boca y salud bucal, los temas o dimensiones que se indagaron fueron; la dimensión biológica, la estética, la sexual, y la social (relaciones de trabajo, familia y amigos), la identidad, el género y relación odontólogo-paciente en el caso de los usuarios(as) y en el caso de los odontólogos(as) se agregó la categoría ejercicio de la profesión.

El análisis de las entrevistas se lleva a cabo por medio del análisis de un sistema de significados que permite identificar cómo estos significados de la boca, del cuerpo y de la salud, se insertan en cierto discurso y su correspondencia con el discurso odontológico hegemónico, el discurso neoliberal, o un discurso de alteridad histórica y cultural.

Resultados y discusión.

Los usuarios del sistema público de salud significan su boca como una parte fundamental para el desarrollo de relaciones familiares y de pareja, la boca significa un espacio de intimidad, de inserción al trabajo y una oportunidad de presentarse ante otros. Para ellos la boca es algo que debe estar sano como todo su cuerpo, sin dolor y sin mal olor, pues es también símbolo de exclusión. Además de ser un vehículo para la alimentación, forma parte importante del desarrollo del habla, del lenguaje, e incorpora a los individuos a sus

colectivos y a sus formas culturales específicas, en muchos casos reconocida como una forma de integrarse al grupo familiar, de trabajo o de amigos.

El cuerpo y la boca constituyen una forma de presentarse ante el mundo, sin embargo, la imposibilidad de acceder a un sistema de salud oportuno y la falta de dinero para pagar servicios de salud privados, limitan la importancia que le dan a su boca. El hecho de no poderla curar, la vuelve jerárquicamente irrelevante ante otras partes de su cuerpo, así como para la reproducción social. Han logrado significarla antagónicamente al discurso dominante pues han padecido dolor y pérdida de piezas sin atención alguna. La cultura les ha otorgado una especie de prótesis cultural que les hace trascender las limitaciones biológicas, como perder piezas, vivir con constantes dolores dentales y han resignificado el discurso dominante de tener todos los dientes, blancos y alineados, por simplemente no tener mal olor y poder sonreír y besar, aunque se tenga caries y hagan falta piezas dentales. Para ellos una boca sana es una boca limpia, aunque en su vida cotidiana no exista el hábito del cepillado dental. Antagónicamente al discurso del programa de salud y de los odontólogos, esta forma no ha sido incorporada a sus actos ni a su vida cotidiana.

La siguiente entrevista muestra lo importante que es la boca para diferentes dimensiones, tanto la estética, como la alimentación, la socialización y la inclusión/exclusión en sus relaciones personales. Como todas las entrevistas siguientes, esta presenta párrafos seleccionados que no necesariamente son continuos en los términos de la entrevista, la cual se presenta fragmentariamente.

ENTREVISTA 2 MUJER 27 AÑOS.

-¿Para ti qué importancia tiene la boca?

E2M27- *De importancia, en primera como dicen para comer ¿no?, en otra pues yo creo que pues tu voz, que otra persona te escuche y como dicen no tanto es en la realidad material física, sino solamente que te escuchen, que te digan unas palabras.*

- ¿Tú crees que, si se ve afectada alguna parte de la boca, tenga repercusiones en el resto del cuerpo?

E2M27- *Yo creo que no, aunque como dicen, estéticamente pues uno se sentiría mal, incómodo, pero ya si vamos a otra parte, pues yo creo que no porque mínimo te puedes seguir comunicando con las personas, puedes seguir comiendo, cosa que otras personas tal vez no pueden.*

...

- ¿Te has sentido en desventaja con el médico o con el odontólogo que te atiende?

E2M27- *Creo que sí. Porque la primera vez que asistí, había pasado mucho tiempo entonces decía “hay no, me van a revisar”, no quiero que me digan que abra la boca que me van a revisar porque va a estar todo terrible. ¡Y luego cuando ves imágenes y todo dices no, no, no. “¡Doctor, pero es que así, así, así, nunca he ido al doctor, nunca esto, nunca lo otro, yo estuve así y así”, “¡ ¡Abra la boca!” ... Pero pues, en desventaja yo creo que sí porque es el médico, el dentista, es el especialista, es el que ahora sí se sabe todo a cerca de, uno qué va a saber, entonces yo creo que, en ese sentido, sí.*

Yo creo que lo que más importaría, pues la sonrisa y nada más, limpia. No sé, que se laven frecuentemente para que así puedan mostrar esa sonrisa. Que de hecho personalmente cuando te sientes así que, hay mejor ni voy a hablar.

En la siguiente entrevista se muestra que para la odontóloga la boca significa un medio de trabajo, la posibilidad de ser dentista está en la boca de sus pacientes, la forma simbólica más representativa para ellas es la sonrisa, su propia boca toma relevancia porque puede demostrar alegría.

Las odontólogas(os) se insertan en un discurso dominante capaces de imponer un orden de belleza pues legitiman su discurso, aludiendo a que una boca sana es una boca sin caries ni enfermedades bucales, que una boca bella es la que tiene dientes completos y blancos, en posición armónica.

ENTREVISTA 1 ODONTOLOGA 52 AÑOS (E1OM52)

- *¿Cuál es la parte del cuerpo con mayor importancia para comunicarnos?*

E1OM52- *Pues es que tanto tenemos un lenguaje verbal, pero también tenemos un lenguaje corporal, entonces estos dos tipos de lenguaje son muy importantes ¿no?*

- *¿Usted cree que el cuerpo sea una manera de identificarnos con otras personas?*

E1OM52- *No debería, pero en algunas ocasiones sí, en cuestiones laborales ¿no? Hay personas con una obesidad, que son personas muy capacitadas, muy valiosas y que son rechazadas en los trabajos por no cumplir la estética requerida.*

- *¿Usted cree que la boca sea importante para comunicarnos, para relacionarnos?*

E1OM52- *Por supuesto, porque nuestra boca tiene muchísimas funciones, la básica para nuestra vida es la alimentación. Una boca descuidada es el principio de problemas nutricionales. Una boca descuidada, que le faltan dientes, también puede causarle en ciertas personas también ese rechazo.*

¿Qué otra necesidad nos ayuda a satisfacer la boca?

E1OM52- *Pues también las afectivas ¿no?, nosotros tenemos la oportunidad muchas veces de dar una plática y precisamente ahí yo les digo a los niños que nuestra boca es muy importante porque nos sirve para hablar, para comunicarnos, pero también para manifestar sentimientos, una sonrisa, la carcajada y también pues obviamente que, los besos –risas-. La boca sirve para algo muy importante, no solamente entre pareja, sino le digo a los niños, “tu mami es el cumpleaños, le puedes dar un beso a tu papi” ¿no?, es algo que es muy importante.*

Sí, porque como le comento, tanto para mejorar la alimentación, la nutrición, como para cuestión estética. Porque los pacientes, aunque sea de una manera inconsciente se sienten mal por tener su boca mal. A mí me ha tocado, sobre todo mujeres que vienen con sus dientitos, sobre todo los anteriores, mal, y se los puedo reparar y les cambia – señala una mueca de sonrisa-. Dicen “hay doctora, me has devuelto la capacidad de sonreír”, hermoso.

- *¿Usted cree que su boca es agradable?*

E1OM52- *Pues... más o menos... -risas-, no al cien por ciento porque, aunque soy dentista no la cuido al cien por ciento, pero pues creo que más o menos, está aceptable.*

- *¿Cómo es una boca bonita?*

E1OM52- *Armoniosa, bien cuidada, como le vuelvo a repetir, empezando desde los labios y pues es bonito ver una, para nosotros, una boca con los dientes ahora sí que bien alineaditos, con una buena oclusión y todo eso.*

- *¿Una boca fea?*

E1OM52- *Pues es todo lo contrario, desde los labios, falta de dientes o pérdida de dientes, mal las resinas, que falten dientes.*

En la siguiente entrevista se muestra cómo los usuarios significan al cuidado de su boca como una responsabilidad que se alcanza solo en lo individual, ellos y ellas son los responsables de su estado de salud, reproduciendo así el discurso dominante de la odontología, los usuarios no legitiman el significado de la fragmentación del cuerpo como lo hace el discurso médico odontológico, ellos se piensan y sienten a su cuerpo y a su boca como un todo, sin embargo, reconocen que el dolor es la única razón que les hace

acudir a los servicios. Y reconocen que la cara o el rostro es una parte fundamental en la presentación ante los otros.

ENTREVISTA 12. MUJER 17 AÑOS (E12M17)

¿En que parte de tu cuerpo pones más cuidado al arreglarte?

E12M17 - *Mi cara, porque siento que es la impresión que se le da a las personas al caminar a cualquier lado, es lo primero que se ve.*

¿Para ti que es un rostro bonito?

E12M17-*Cuando sonríen, hacen gestos, cuando hablas con la persona, sientes como mueve su cara, su boca.*

¿Para ti cual es un cuerpo saludable?

E12M17*Que este bien, que no tenga enfermedad*

¿Como describes una boca saludable?

E12M17-*Limpia de los dientes, que no tengan comidas, el aliento, si me huele la boca no hablo, me da pena.*

¿Te has sentido excluida por algo que tenga que ver con tu cuerpo?

E12M17-*Si porque mi color de piel es, morena y eso me ha hecho sentir que los demás me ven raro y me tratan mal.*

¿Para que crees que sea importante la boca?

E12M17-*El cuerpo es importante para comunicarse, especialmente la boca, para comer, hasta para vomitar.*

¿Para ti que es una boca desagradable?

Cuando no hay higiene.

¿La boca tiene una función en la sexualidad de las jóvenes?

E12M17-*yo creo que sí, cuando nos besamos, aunque ya al besarte no te acuerdas si ésta sano o no. Yo no besaría a alguien que le huela la boca o le falten dientes...*

¿De quien crees que sea la responsabilidad de la salud del cuerpo?

E12M17-*Pues mía, nadie me va a decir cómo me tengo que cuidar, uno se provoca las enfermedades*

¿Qué haces para mantener sana tu boca?

E12M17-*Cepillándome, aunque no estoy tan sana, tengo caries.*

En la siguiente entrevista encontraremos un discurso de exclusión, en donde se enfatiza la preferencia por una raza en la estética de la boca, la reproducción de un discurso del mundo blanco por encima de un mundo negro o indígena.

ENTREVISTA 5. HOMBRE 70 AÑOS(E5H70)

- *¿Qué es lo que le hace más importante de la otra persona para comunicarse con usted?*

E5H70- *La apariencia y que sea fino. (Busca un momento para hablar) y los ... hondureños, salvadoreños, quisiera uno poderlos exterminar, son unos atascados... que están pidiendo, que viene indocumentados y están...*

- *¿Qué es para usted una boca muy muy bonita, o qué características debe tener tomando cuenta los labios, los dientes?*

E5H70-*Pues estético, que sean, delgados, finos ¿no?*

- *¿“Finos” es pequeños?*

E5H70- *Desgraciadamente hay razas como la negra, que por más que hagan pus no porque ellos tienen sus labios muy gruesos... y la dentadura pues sí, es vital, tanto por estética como por salud. Pues que se vean bien los dientes, limpios, que el aliento no sea...*

Que no tenga mal olor...

Y el tamaño, por ejemplo, ¿qué le parece una boca bonita?

E5H70- *Ya eso como las modelos ¿no? Sí pues eso.*

- ¿Usted cree que la boca es un medio para relacionarnos con otras personas?

E5H70- *Si, el idioma, los conocimientos que tengas saberlos expresar, el lenguaje si, totalmente.*

- Ya hablamos de la boca, el rostro en general, ¿qué es un rostro bello para usted?

E5H70 *-Pues en estereotipos obviamente el sajón es el que más se asemeja a lo que es lo perfecto... caucásico. Y también estereotipado porque también por ejemplo los indígenas, los negros, los asiáticos, a mí en lo personal no me gustan...*

- En esa misma línea, ¿qué sería entonces una boca sana y una boca enferma?

E5H70 *-Pues la boca sana que incluso pueda hasta comer porque hay personas que ya no pueden masticar y deguyen nada más. Una de ellas, otra, el aliento, otra pues este, el color también.*

Discusión

La boca y su estado de salud resulta relevante para la respiración, la comunicación, la alimentación, la incorporación al trabajo, el ejercicio de la sexualidad y el desarrollo de múltiples capacidades³³. La boca puede ser un signo de salud, enfermedad, riqueza o pobreza, un medio de trabajo y también una mercancía³⁴. No obstante, la boca como parte fundamental del cuerpo y su deterioro en el impacto de la salud bucal es algo aparentemente irrelevante para las personas y para el Estado, para las personas es normal vivir con dolor o perder piezas dentales, mientras esto no cause la muerte. Las diferencias entre los significados de los usuarios y los odontólogos pueden impedir o imposibilitar el uso de los servicios de salud. Se propone que el conocimiento del significado de la boca y su salud sea útil para el diseño y la elaboración de políticas públicas en SB.

En este trabajo sostenemos:

1. Que las diferencias en el significado de la boca y la salud bucal entre la población, los odontólogos y los gestores de las políticas de salud bucal explican una parte de los graves problemas de operación de estas políticas, así como su limitado impacto.
2. Que los sistemas de significados sobre la boca y la salud bucal entre la población, los odontólogos y los gestores de las políticas de salud bucal resultan de una combinación entre las propuestas del mercado, el modelo epistémico hegemónico de la odontología y las tradiciones culturales sobre la boca.
3. Que la disminución general de las enfermedades bucales y las desigualdades entre los grupos sociales en este aspecto puede alcanzarse más rápida y eficazmente si se reconocen estos diferentes sistemas de significados y se utilizan para el diseño, operación y evaluación de las políticas públicas en salud bucal.

Referencias bibliográficas.

1. SIVEPAB. México. Sistema de vigilancia epidemiológica para patologías bucales. [Internet]. 2015/1017. [Consultado el 13 de julio de 2018]. Disponible en <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/sivepab-sistema-de-vigilancia-epidemiologica-de-patologias-bucales>
2. López O. *Determinación social de la salud. Desafíos y agendas posibles*. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro. 2013; 49: 144-150.
3. Morales-Borrero C, Borde E. *¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas*. Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. 2013;15(6):797–808. Disponible en:

<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n6/v15n6a03.pdf>

4. Abadía Barrero, C. E. *Pobreza Y Desigualdades Sociales: Un Debate Obligatorio En Salud Oral*. Acta Bioethica, 2006; 12(1): 9–22.
5. Martínez C. M., López A. M., Londoño B. H., Martínez M. C., Tejada C., Buitrago L., Sánchez M. L., Giraldo J. M. *Exploración de significados con respecto a la salud bucal de un grupo de gestantes de la ciudad de Medellín, Colombia. ¿Hay alfabetización en salud bucal?* Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 2011; 23(1): 76-91.
6. Saliba-Garbin C. A. S., Ispier-Garbin A. J., Moreira-Arcieri R., Saliba N. A., Gonçalves P. E. *La salud bucal en la percepción del adolescente*. Revista de Salud Pública. 2009;11(2): 268-277.
7. Ochoa Acosta E. M., Roldán Vargas O., Ramírez Puerta B. S., Franco Cortés A. M. *Significados del autocuidado bucal para los escolares de instituciones educativas oficiales de Medellín*. Revista Nacional de Odontología. 2011; 7(13): 40-48.
8. Martínez Menchaca H., Rivera-Silva G. *Obesidad infantil y caries dental, la otra epidemia*. Ciencia y Desarrollo: Sec. Artículos [Internet]. Ene-feb 2012 [Consultado el 10 agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.cyd.conacyt.gob.mx/257/articulos/la-otra-epidemia.html>
9. Secretaría de Salud. *Patologías bucales: SIVEPAB* [Internet]. Ciudad de México S. S. [Citado el 10 agosto de 2017]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/212323/SIVEPAB-2015.pdf>
10. Gaceta oficial del distrito federal. [internet] Ciudad de México S. S. (Citado el 1 de mayo de 2018). Disponible en: <http://vpn.salud.cdmx.gob.mx:88/portalsspdf/www.salud.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/578/053/196/578053196dd50480336081.pdf>
11. Forero Peña M.A. *Complejo Médico Industrial en Odontología: Un caso de estudio sobre implantología dental en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional, desde la Salud Colectiva*. Tesis presentada el 2016 en la Universidad Nacional de Colombia. 2016. p. 83.
12. Rocha A. *Representación social del odontólogo*. Revista CES Odontología. 2008; 21(2): 79-84.
13. Jiménez-Gayosso S. J., Medina-Solís C.E., Lara-Carrillo E., Scougal-Vilchis R.J., De la Rosa-Santillana R., Márquez-Rodríguez S., Mendoza-Rodríguez M., Navarrete-Hernández J.J. *Desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud bucal (USSB) alguna vez en la vida por escolares mexicanos de 6-12 años de edad*. Gaceta Médica de México. 2015; 151: 127-33.
14. López O. *Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal*. en: Jarillo E. Y Ginsberg E. (coords.) *Temas y Desafíos en Salud Colectiva*. Lugar Editorial: Argentina; 2007. p. 21-48.

15. Medina-Solís C. E., Ávila-burgos L. & Hidalgo D. (). *Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción*. Rev. Biomed. 2006; 17(4): 269–286.
16. Briseño Cerda J. M. *Historia de la fluoración*. Revista ADM. 2001; 57(5): 192-194.
17. Ruiz Mendoza D. C. & Morales Borrero M. C. *Social determination of the oral health-disease process: a social-historical approach in four Latin American countries*. Investigación y Educación en Enfermería. [Internet]. 2015. [Consultado el 12 de diciembre de 2016]. 33(2). p. 248–259. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=es -
18. Rueda Martínez G. y Albuquerque A. *La salud bucal como derecho humano y bien ético*. Revista Latinoamericana de Bioética. [Internet]. 2016; 17(1): 36-59. [Consultado el 14 de julio de 2018]. Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/2299/2470>
19. Forero Peña M.A. *Complejo Médico Industrial en Odontología: Un caso de estudio sobre implantología dental en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional, desde la Salud Colectiva*. Tesis presentada el 2016 en la Universidad Nacional de Colombia. 2016. p. 83.
20. López-Moreno Sergio y López-Arellano Oliva (Coords.) *Derecho a la salud en México*. 1ª Ed. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2015.
21. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015 Para la prevención y control de enfermedades bucales. [Internet]. [Consultado el 10 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.amicdental.com.mx/descargas/NORMA013.pdf>
22. Secretaría de Salud. Patologías bucales (SIVEPAB). [Internet]. Ciudad de México S. S. [Consultado el 1 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifico-prevencion-deteccion-y-control-de-los-problemas-de-salud-bucal-2013-2018>
23. Robles B. *La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico*. Cuicuilco. [Internet]. 2011 [Consultado el 14 de julio de 2018] 18(52): 39-49. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35124304004> ISSN 1405-7778
24. Laurell, C. *Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad*. En: Rodríguez Ma. Isabel (coord.) *Lo biológico y lo social*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. No. 101. Washington D.C. EUA: OPS/OMS, 1994. p. 1-19.
25. Foucault M. *Arqueología del saber*. México: Siglo XXI; 1999.
26. Foucault M. *El orden del discurso*. España: Cuadernos Marginales; 1980.

27. John Searle. *Actos de habla. Ensayo de Filosofía del lenguaje*. México: Editorial Planeta Mexicana, S.A. de C.V.; 1994.
28. Lizarazo A. Diego. *La Reconstrucción Del Significado*. 1ª ed. Jardines del Pedregal 01900, México, D.F: Addison Wesley Longman; 1998.
29. Le Breton. Rostros. *Ensayo de antropología*. 1ª ed. Buenos Aires. Argentina: Letra Viva. Instituto de la máscara; 2010.
30. Delgado J. M. y Gutiérrez J. *Formación discursiva, semántica y psicoanálisis*. En: José Ángel Bergua A. *Métodos y técnicas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Síntesis Psicológica; 1994. p. 465-479.
31. Pérez Andrés Cristina. *Sobre la metodología cualitativa*. Rev. Esp. Salud Pública N^o. 5. 2002; 76: 373-380.
32. Thomson J. B. *Ideología y Cultura Moderna*. México D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana; 2002.
33. Ochoa Acosta E. M., Roldán Vargas O., Ramírez Puerta B. S., Franco Cortés A. M. *Significados del autocuidado bucal para los escolares de instituciones educativas oficiales de Medellín*. Revista Nacional de Odontología Colombia. 2011; 7(13): 1-9.
34. Malagón M. O. *La boca como representación*. En: Viveros V. M. y Garay A. G. *Cuerpo, diferencias y desigualdades*. Colombia: Facultad de Ciencias humanas y Centro de Estudios Sociales, CES. Universidad Nacional de Colombia; 1999. p. 95-110.