

Inequidad social y salud-enfermedad, en su componente bucal: Revisión de la literatura.

Ada Chacin¹, Alexis Morón², Rita Navas³, Betsy González⁴

1 Magister Scientiarum en Administración del Sector Salud. Mención: Administración de Hospitales. Área de Epidemiología y Práctica Odontológica. Instituto de Investigaciones.

2 Doctora en Odontología. Coordinadora de la Unidad de Medios.

3 Magister Scientiarum en Administración del Sector Salud. Mención: Planificación del Sector Salud. Área de Epidemiología y Práctica Odontológica. Instituto de Investigaciones.

4 Magister Scientiarum en Administración del Sector Salud. Mención: Planificación del Sector Salud. Unidad de Medios.

Facultad de Odontología. Universidad del Zulia.

Correos electrónicos: adakarina13@gmail.com, almoronb@gmail.com, ritanavasperozo@gmail.com, economista76@gmail.com

RESUMEN

Introducción: América Latina y el Caribe conforman la región del mundo que presenta la mayor inequidad social, y graves desigualdades en las condiciones de salud y de acceso a los servicios de salud, a pesar del desarrollo de programas que buscan precisamente el efecto contrario. **Objetivo:** Revisar en la literatura especializada la noción de la inequidad social y salud-enfermedad, en su componente bucal. **Resultados:** La revisión documental, destaca desde la Epidemiología Crítica, un sistema de categorías y una propuesta metodológica que permiten entender las dimensiones de la determinación de la salud inscritas en los modos de vida típicos de cada grupo. Asimismo, parece haber consenso literario que para evitar la inequidad social en salud, se debe profundizar en tres dimensiones visibles en el ámbito de la salud como lo son: el acceso al sistema de salud, atención y rehabilitación sanitaria. **Conclusiones:** La inequidad social en salud, no deben ser analizadas desde el punto de vista de acceso, asistencia, curación y rehabilitación, está debe ser contextualizada a partir de la intenciones éticas y procedimentales del gerente encargado de brindar el derecho social de salud.

Palabras clave: Inequidad Social, salud, enfermedad, componente bucal.

Autora de Correspondencia: Calle 65 con Esq. 19. Edificio Ciencia y Salud Tercer Piso Teléfonos. +58 261 41275346 Maracaibo-Venezuela.

Social inequality and health-disease, in its oral component: Review of the literature. A case report.

ABSTRACT

Introduction: Latin America and the Caribbean make up the region of the world that presents the greatest social inequity, and serious inequalities in health conditions and access to health services, despite the development of programs that precisely seek the opposite effect. **Objective:** Review in the specialized literature the notion of social inequity and health-disease, in its oral component. **Results:** The documentary review, highlights from the Critical Epidemiology a system of categories and a methodological proposal that allow to understand the dimensions of the determination of health inscribed in the typical ways of life of each group. Likewise, there seems to be a literary consensus that in order to avoid inequity in health, it is necessary to deepen into three visible dimensions in the field of health, such as: access to the health system, health care and rehabilitation. **Conclusions:** Health inequities should not be analyzed from the point of view of access, care, healing and rehabilitation, it should be contextualized from the ethical and procedural intentions of the manager in charge of providing the social health right.

Key words: Social Inequity, health, disease, oral component.

INTRODUCCIÓN

La determinación social desarrolla una crítica al paradigma de la epidemiología clásica y su multicausalismo lineal así como frente al modelo empírico-funcionalista de la epidemiología ecológica y el de los llamados “determinantes sociales de la salud” y propone una herramienta teórico-metodológica que posibilita trabajar la relación “reproducción social”, “modos de vivir” y “modos de enfermar y morir”¹.

La determinación social de la salud, asumida desde la sociedad como totalidad irreductible a la dinámica individual de la salud, debe ser abordada desde tres transformaciones complementarias: el replanteo de la salud como un objeto complejo, multidimensional y dialécticamente determinado; la innovación de categorías y operaciones metodológicas, y la transformación de las proyecciones prácticas y relaciones de las fuerzas sociales movilizadas que expresan el sentir y vivir el proceso salud enfermedad². Al abordar este pensamiento se hace alusión sine qua non a las inequidades sociales que aluden al carácter y modo del devenir de una sociedad que determina el reparto y accesos desiguales, no se refiere a la injusticia

en el reparto y acceso, sino al proceso intrínseco que la genera; a la característica inherente a una sociedad que impide el bien común e instituye la inviabilidad de un reparto humano que otorgue a cada quien según su necesidad y le permita aportar plenamente según su capacidad³.

Según Breilh³, existen tres fuentes de inequidad: clase, género y etnia, ya que son dominios que explican la estructura de relaciones de poder entre los grupos que integran una sociedad; cada una de estas fuentes no se desarrolla aisladamente sino que guardan unidad y movimiento entre sí; comparten una misma raíz que es la acumulación y concentración de poder, es así como la apropiación de la riquezas dio origen a las clases sociales, la apropiación patriarcal de poder al género en su constructo social; y la apropiación de poder por parte de grupos étnicos.

América Latina y el Caribe conforman la región del mundo que presenta la mayor inequidad social, según el Comisión Económica para América y el Caribe (CEPAL)⁴, y graves desigualdades en las condiciones de salud y de acceso a los servicios de salud, a pesar del desarrollo de programas que buscan

Ciencia Odontológica

Vol. 15 N° 1 (Enero-Julio 2018), pp. 36-37

precisamente el efecto contrario. Soto⁵, menciona que dicha problemática, expresada en términos simples como diferencias en el estado de salud entre individuos y grupos sociales entre países y dentro de ellos, es un tema importante para los sistemas de salud. Asimismo, la creciente disparidad de condiciones de vida y de salud, entre los grupos sociales y las regiones geográficas de casi todo el mundo ha impulsado una mayor preocupación por las desigualdades en salud y las inequidades, considerándolas entre las emergencias que comprometen el futuro de la humanidad.

En la realidad sanitaria se evidencia que los niveles de desigualdad en el acceso a servicios son cada día más injusto en una sociedad, lo que implica un juicio de valor que depende de la teoría de la justicia adoptada y de conceptos político/normativos. También es posible evaluar la equidad horizontal, entendida como tratamiento igual a necesidades de salud iguales, y equidad vertical, que busca el tratamiento «apropiadamente desigual» de necesidades de salud distintas, incorporando la cuestión de las prioridades en programas de atención⁶.

La concepción que se promueve expone que la Odontología no está exenta de analizar el proceso salud-enfermedad bucal desde la determinación social e inequidades, manifestada en su expresión orgánica, biológica, social y una dimensión subjetiva que se refiere a la interpretación y a la forma como se vive y enfrentan los procesos desde la intersubjetividad colectiva incorporando como plataforma la perspectiva de la tarea del Estado en la configuración de los perfiles de salud, enfermedad y muerte de los grupos sociales.

La Determinación Social

La determinación social de la salud es una de las tres categorías centrales de la propuesta para una epidemiología crítica, enunciada desde mediados de la década del 70 y luego desarrollada y complementada por otros autores especialmente de la corriente latinoamericana. Junto con las categorías

reproducción social y metabolismo sociedad-naturaleza han conformado el eje teórico de una propuesta de ruptura con el paradigma dominante de la salud pública¹.

La determinación social surge como propuesta alterna al de la causalidad en epidemiología, debido a los llamados patrones de producción y reproducción social que son los determinantes fundamentales del proceso salud-enfermedad. La determinación social no se queda con solo conocer la realidad sino que debe transformarla. Los salubristas de América Latina con tendencias políticas de izquierda, han pretendido regirse bajo la postura holística, para entender el mencionado proceso⁷.

El punto de partida de esta construcción teórica se fundamenta en una relectura desde el realismo crítico de dos vertientes epistemológicas encabezadas por Kuhn y Bourdieu. Del primero para rescatar la visión dialéctica del pensamiento científico, su naturaleza social, transformabilidad y el carácter “revolucionario” dado por la oposición de ideas innovadoras frente a los aspectos “normales”, lo que abre puertas a una aproximación socio-política de la determinación comunitaria de la ciencia, sus modelos e instrumentos. Y el segundo, porque analiza “la teoría como un *modus operandi* que orienta y organiza la práctica científica y las capacidades creadoras, activas, inventivas del *habitus*” y el lado activo del conocimiento científico como “el capital de un sujeto trascendente de un agente en acción”¹⁷.

Con esta postura se conceptualiza el proceso salud-enfermedad como un proceso determinado socialmente e históricamente vivido, en el cual se interrelacionan los modos de vida desde los procesos generales o estructurales de las dimensiones política, económica, cultural y ambientales para el análisis de la lógica de producción y de consumo, es decir; se plantea en la interfase del materialismo crítico, la economía política y la ecología política en su diálogo con una versión crítica de las ciencias de la salud, el ambiente y la sociedad. Se propone descifrar el movimiento de la vida, de su metabolismo histórico

en la naturaleza, de los modos de vivir típicos y del movimiento de los geno-fenotipos humanos, en el marco del movimiento de la materialidad social cuyo eje es la acumulación de capital, nombre que toma en nuestras sociedades la reproducción social⁸.

El núcleo interpretativo de esta corriente es la unidad y diversidad social, ambiental y sanitaria que surgen en medio de la reproducción social y la condición sine qua non de conservar tanto en la interpretación como en la acción de la epidemiología la unidad de los procesos alrededor de la acumulación como forma de reproducción frente a la cual puede moverse, en su autonomía relativa, una génesis emancipadora saludable como diría Samaja⁹, creada por las clases, pueblos y comunidades afectadas por dicha forma de reproducción en su afán por construir un nuevo modelo civilizatorio que implique un metabolismo de la sociedad, una naturaleza protectora para llegar a la protección de la vida.

En términos más actuales preocupa una asimilación acrítica de categorías de potencial uso epidemiológico como las de buen vivir; calidad de vida y vida saludable, que han proliferado en los vademécum técnicos o que incluso han sido promovidos a la categoría de principios constitucionales en algunos países. Si no se comprende la necesidad de articularlos a la determinación social de la acumulación de capital, terminarán convertidos en simples términos del neo-funcionalismo¹.

Por todo lo que hemos venido argumentando, podemos comprender que este paradigma no se conforma en una concepción unilineal al contrario, busca responder a necesidades sociales y colectivas.

Determinación Epidemiológica e Inequidad

La epidemiología crítica es una disciplina que se define contra hegemónica y eso significa que se dispone su arsenal conceptual y práctico al servicio de los "sin poder", que lo reemplaza para luchar en contra de la inequidad, se coloca al servicio del robustecimiento o "empoderamiento" de la subjetividad de los subalternos y explotados y

de los planes, formas organizativas y culturales que responden a sus anhelos históricos¹.

Estas subjetividades se producen colectivamente y ese mismo proceso de producción, generan relaciones sociales que determinan la distribución del sistema de bienes que depende la reproducción social. Dicha reproducción social se explica mediante la producción de los procesos para la vida (protectores y destructivos). Considerando protectores (saludables, benéficas) y destructivos (deteriorantes e insalubres). Ambos determinan, a su vez, la forma de distribución de los mismos, la cuota de bienestar a la que pueden acceder los grupos, o la del sufrimiento que padecen por sus carencias o contravalores².

Los determinantes sociales de la salud: factores sociales, económicos, culturales, étnicos y psicológicos comportamentales, influyen la ocurrencia de problemas de salud; sus factores de riesgo en la población han sido caracterizados por inequidades sociales y de salud; ellos ocurren en el ámbito de los territorios periféricos urbanos y rurales localizados geográficamente y culturalmente distantes de los centros de salud¹⁰.

Las inequidades sociales según Starfield¹¹, son ciertas condiciones existenciales en las cuales existe acceso desigual o el no acceso, a los derechos humanos que garantizan una base mínima de dignidad humana¹¹, considerando dicho planteamiento que, las inequidades sociales son, por sí solas, injustas, desnecesarias y evitables porque se constituyen esencialmente en falta de acceso a las condiciones mínimas de vida humana digna y, por tanto, esas condiciones de vida desiguales son inicuas por esencia, porque son injustificables bajo cualquier aspecto, ya que son deshumanas. Desnecesarias y evitables porque son desigualdades causadas por otros agentes humanos en sus relaciones sociales, caracterizadas estas por desigualdad de poder (económico, político y sociocultural) no imputables a agentes naturales o tecnológicos-biológicos o a la falta de conocimiento o tecnología para enfrentamiento de enfermedades¹².

Ciencia Odontológica

Vol. 15 N° 1 (Enero-Julio 2018), pp. 38-39

Las inequidades sociales, por tanto, son carencias determinadas socialmente, que condicionan la existencia de personas, grupos y poblaciones, las cuales son caracterizadas por desigualdad de acceso o no acceso, a bienes materiales e inmateriales, patrimonios humanos, responsables por proporcionar una base de vida humana digna, y son resultantes de la violación de derechos imputables a la acción del Estado, a los órganos gubernamentales y por la omisión de la sociedad civil¹³.

Es por eso, que para el conocimiento epidemiológico, se necesita comprender los procesos generativos de la salud, aquellos que se producen en los escenarios del trabajo, en la esfera del consumo, en los espacios organizativos/políticos, en el dominio de la vida cultural y las relaciones ecológicas tienen necesariamente que estudiar las relaciones socio estructurales.

Cada formación social presenta una diversidad de grupo que mantiene relaciones entre sí, las cuales son determinantes de sus modos de vida. En el seno de los modos de vida grupales ocurren estilos de vidas singulares o individuales. Las relaciones de poder son las que discriminan las grandes contrastante entre los modos de vida y estilos de vida de grupos situados en los polos sociales de una sociedad, así como la capacidad de producción y negociación que los grupos tienen para la reproducción de sus vidas en condiciones determinadas¹⁴.

Estas condiciones algunos autores la categorizan como desigualdad, que puede definirse también sobre la base de sus dos dimensiones. La desigualdad individual (o vertical) es la desigualdad entre personas independientemente del lugar donde vivan o del grupo social al que pertenezcan. Se da entre personas sobre la base del acceso a recursos tangibles e intangibles. En cambio, la desigualdad horizontal es el producto de la desigualdad entre grupos de personas o familias por motivos de etnia, género, orientación sexual, lugar de nacimiento u otros factores. Ambas dimensiones de la desigualdad suelen reforzarse mutuamente y pueden crear y perpetuar ciclos de

pobreza a través de las generaciones¹⁵.

La desigualdad, por consiguiente, no se expresa solamente en la enorme diversidad adquisitiva de los ingresos de las personas, sino que se deriva de la discriminación de clase, de etnia, de género, de origen geográfico, de distinta capacidad física, que, practicadas de manera categórica (es decir, excluyendo a todos o casi todos los miembros de un grupo), la convierten en un fenómeno multidimensional y la hacen incompatible con nuestros ideales democráticos. En suma, a la vulnerabilidad económica, producto de un nivel insuficiente e inseguro de ingreso, se unen otras desigualdades permanentes, que separan a distintas categorías de individuos en la sociedad y que no siempre se vinculan, al menos en su origen, a los temas económicos. Ser mujer, pobre, indígena, afroamericano, migrante, discapacitado, trabajador informal, significa tener en la sociedad una posición inicial desventajosa con relación a quienes no tienen ese género, condición económica, etnia, estatus migratorio, características físicas o posición laboral¹⁶.

Generalmente estas categorías conllevan distintas condiciones económicas, acceso a servicios, protección pública, oportunidades de educación o empleo. Su gestación como categorías sociales podrá tener un distinto origen, como se señalaba antes, pero el efecto principal será hacerlos más vulnerables al abuso, la exclusión y/o la discriminación¹⁶.

Para estudiar la distribución de modos de vida y estilos de vida (realmente existentes), que tanta importancia tiene para la epidemiología, una categoría nodal es la inequidad, que no se refiere a la injusticia en el reparto y acceso, sino al proceso intrínseco que la genera. La inequidad alude al carácter y modo de devenir de una sociedad que determina el reparto y acceso desiguales (desigualdad social) que es su consecuencia. La inequidad es una categoría analítica que da cuenta de la esencia del problema. Esta distinción es muy importante porque si nuestro análisis estratégico se queda en el nivel de la desigualdad, estaríamos reduciendo o desviando nuestra mirada a los efectos, en primer lugar de

enfocar sus determinantes.

Las sociedades inequitativas son aquellas donde existe un proceso de distribución desigual del poder. No sólo del poder que controla la propiedad y el uso de las riquezas materiales, sino del poder que se requiere para definir y expandir la identidad, los proyectos y las aspiraciones de utopías.

Sin embargo, Lobato¹⁷; señala que las inequidades sanitarias son entendidas como desigualdades injustas y prevenibles. La inequidad se basa en juicios éticos; por ello se diferencia de la desigualdad, debido a que la primera hace referencia a lo injusto de una desigualdad.

La inequidad es un problema que se encuentra presente en mayor o menor medida en las sociedades con desigual distribución de la riqueza y los indicadores que la miden pueden brindarnos una importante aproximación al nivel de justicia social que la sociedad ha alcanzado¹⁸. Por lo tanto, su estudio en el campo de la triple inequidad resulta de vital importancia para generar evidencias que contribuyan a mejorar el acceso equitativo de la población a la asistencia en salud bucal y así disminuir sus riesgos de enfermar o morir por problemas de salud.

Las inequidades afectan a la salud humana, se presenta una realidad en la cual los servicios de calidad de los sistemas de salud y el acceso a ellos y a las mejores tecnologías en salud, son desigualmente distribuidos entre las personas y grupos que componen la sociedad, en una organización social, político y económico. Así, los grupos y personas que sufren las violaciones de derechos no tienen acceso (o un acceso difícil) a servicios, tratamientos y tecnologías de la salud de calidad¹².

En el pensamiento post-moderno, es posible visualizar los principios que han regido la distribución de servicios y cuidados referentes a la salud de una población, más como el resultado de la imposición y generalización de concepciones específicas de justicia mediante el recurso de la fuerza de grupos y racionalidades dominantes, que como el resultado de consensos, fundamentados en la verdad universal de

una concepción de la sociedad o de una perspectiva moral. Para Vega¹⁹, la lógica de los servicios de salud es la consecuencia de la victoria de las fuerzas que se articulan estratégicamente y se posicionan dentro de los dominios de la técnica, del saber y de las tecnologías y que construyen, escogen o se ven obligadas a apoyar una racionalidad particular, sobre otras que no expresan sus intereses.

No obstante, parece haber consenso literario que para evitar la inequidad en salud, se debe profundizar en tres dimensiones visibles en el ámbito de la salud como lo son: el acceso al sistema de salud, atención y rehabilitación sanitaria. Sin embargo al hablar de las inequidades bajo el pensamiento de la epidemiología colectiva, estas dimensiones no deben ser las únicas categorías de análisis, ya que el ser humano no es sinónimo de institucionalidad sino que es un ser holístico que debe ser entendido desde sus particularidades socioculturales, es decir, la intencionalidad del sistema de salud no debe ser medido en virtud de atender demandas en el binomio salud/enfermedad, sino abordar las ofertas demandantes de los sujetos sociales.

Aday y Anderson²⁰, planteaban ya la relevancia de visualizar el acceso a partir de los individuos con una necesidad de salud que llegaban al sistema, considerando las diferencias en la definición de necesidad entre los demandantes de atención y los proveedores. Así mismo Linares y López⁶ menciona que cualquier explicación conceptual y metodológica del sistema de salud debe ser en función de una visión integral y no separada del sujeto social.

La salud colectiva latinoamericana incorpora la etnia y el género como dominio que junto con la clase social explican la estructura de relaciones de poder de una sociedad, de las que depende la distribución epidemiológica. Esta tesis es importante para contrarrestar la inadecuada fragmentación de los análisis convencionales que manejan dicha categorías separadamente, desmembrando elementos que forman la unidad de una estructura de poder, y que si bien implican formas diversas de concentración

y dominación, conservan una estrecha interrelación en su movimiento.

Los tres procesos comparten una misma raíz germinal, que es la acumulación y concentración de poder y segundo porque los mecanismos de reproducción social de los tres tipos de inequidad se interrelacionan. De la misma forma en que la inequidad de género produce efectos de injusticia para las propias mujeres, simultáneamente alimenta relaciones subordinadas que contribuyen a reproducir las otras dos formas de concentración del poder e introduce en las más variadas formas de la cotidianidad, un campo de adaptación y aceptación de la inequidad como modo de vivir natural; así mismo la concentración de la propiedad sobre la riqueza, que determina y mantiene las clases sociales¹⁴.

Es una concentración de poder para dominar, y el dominar no es solo cuestión de despojar a los subordinados de los bienes y riquezas, si no que para sustentarse requiere siempre ser un proceso de hegemonía y aceptación del dominio, mecanismo en el que participan las relaciones culturales de dominación de género y etnia. La dominación no es sólo clasista, sino que forma una estructura de poder, atravesada y reproducida tanto por relaciones de apropiación y expropiación económica, en cuanto como por relaciones de subordinación étnica y de género.

Proceso Salud Enfermedad Bucal

El proceso salud-enfermedad humano es un proceso complejo, que integra sistemas de procesos biológicos, psíquicos y sociales y sus interacciones, que forman parte de la actividad humana y garantizan la estabilidad o inestabilidad, la existencia o muerte del hombre y sus sistemas de relaciones, y donde los procesos sociales desempeñan un papel de determinación, pero no agotan, ni sustituyen a los procesos psíquicos o biológicos¹⁴.

Otra referente explica que “el proceso salud-enfermedad es un fenómeno colectivo, histórico y complejo que se encuentra determinado en última

instancia, por cada sistema social. En donde el carácter colectivo no es la resultante de la suma mecánica de las enfermedades presentes en una sociedad sino que está dado por la forma en que los hombres producen y se apropian de los bienes producidos. Se plantea que la relación entre individuos y los medios de producción actúan como determinantes de la situación de salud de las comunidades²¹”.

Es necesario aclarar que por años ha existido una fuerte tensión entre dos paradigmas opuestos de entender el proceso salud enfermedad, los factores que la condicionan, así como de organizar los saberes y las prácticas relacionadas con su mantenimiento y recuperación²². El primero corresponde a la necesidad de medir la salud pública clásica, la cual lo conceptualiza a la salud como un fenómeno natural-biológico, resaltando los factores causales, esencialmente de carácter natural²³. El segundo concierne a lo que hoy se conoce como salud colectiva, misma que define como un fenómeno histórico-social conformado por una compleja estructura en la que los procesos sociales determinan y subsumen a los procesos biopsíquicos²².

Estas concepciones agrupadas dentro de la llamada epidemiología social aportan la visión de que las desigualdades en salud existen en forma creciente y dependen de las desigualdades sociales. Hay algo intrínseco en éstas que afecta a la salud: las desigualdades en salud son sobre todo un reflejo de las desigualdades sociales y económicas, producidas fundamentalmente por los diferentes niveles de riqueza de la sociedad, y otros factores no menos importantes como la educación, el desempleo, la precariedad en el trabajo, el medio laboral, la calidad de la vivienda, el medio ambiente y los diversos aspectos de la cohesión comunitaria²⁴.

Es notorio el avance que existe en relación al reconocimiento de la salud colectiva como elemento de base para el estudio de las inequidades en materia de salud y específicamente ahora en el componente bucal, según lo propuesto por Breilh³ sobre la epidemiología social, pensamiento que fue aceptado

por el exdirector de la Organización Mundial de la Salud²⁵ Lee Jong- Wook 2005, quién crea la comisión sobre los determinantes sociales pero en base a políticas injustas en el proceso salud enfermedad en los diversos grupos humanos.

Desde esta perspectiva, los estudios sobre la salud relacionan “lo social y lo económico”, “la salud y lo social”, “justicia social y justicia económica” y son comunes términos como equidad, inequidad, igualdad, desigualdad y justicia social¹⁴.

La perspectiva epistemológica que han recibido y reciben actualmente los profesionales de la salud bucal es la tradicional, por lo que urge su renovación, teniendo en cuenta la nueva orientación y redimensionamiento de nuestro sistema y práctica salubrista. Señalando que, “la mayoría de las patologías que ocupan hoy los hospitales en el mundo y nuestro país no es una excepción procedente a circunstancias no registrables a través del método clínico, en su interpretación tradicional²⁴”.

Si a ello le añadimos que las reflexiones sobre la salud y la enfermedad, no son el reflejo puro y simple de las realidades objetivas, sino que son co-productos de las estructuras del espíritu humano y de las condiciones socioculturales del conocimiento, es decir, son construcciones sociales, esto parece oscurecer la posibilidad de encontrar las verdaderas causas explicativas de lo que las produce²⁴.

Por eso, se hace necesario transitar hacia un modelo explicativo basado en la combinación de la epidemiología colectiva con el pensamiento de la complejidad, un paradigma complejo, que oponga y asocie, a la vez que conciba los niveles de emergencia de la realidad, sin reducirlos a las unidades elementales y a sus leyes generales. Ya en los medios académicos médicos se valora la pertinencia de un nuevo paradigma de la medicina más expansivo y extensivo, con un basamento hermenéutico, y el reconocimiento de la incertidumbre²⁶.

En la situación particular del análisis del proceso salud-enfermedad, y de la comprensión de la Epidemiología como ciencia, se exige una reforma

del pensamiento que tenga en consideración: La eliminación de la búsqueda de un determinismo estricto. El reconocimiento de que el hombre porta la mayor complejidad que podemos concebir hasta el momento, que se desarrolla en un contexto y transita de las condiciones de la salud a la enfermedad y viceversa, estados también considerados como complejos. (El hombre no es el portador único y privilegiado de la complejidad, en un universo ideológico que tiene esa característica)²⁴.

Sin embargo, el proceso salud/enfermedad debe ser considerado desde las formas como las personas, grupos y poblaciones elaboran sus manifestaciones culturales y concepciones de dicho proceso y como tratarlas, son las condiciones inicuas, en las que se encuentran muchos segmentos sociales, las que más han impactado y determinado la persistencia de enfermedades, condiciones y estados que podrían ser erradicados¹⁰.

La salud y la enfermedad se manifiestan como fenómenos complementarios, concurrentes y antagónicos, donde coexisten simultáneamente, el orden, el desorden y la organización y donde el principio auto organizacional, se expresa como auto-geno-feno-ego-eco-organización. (Se muestra necesaria una teoría de la auto-organización). Por lo que el reconocimiento de los ruidos, desorden, caos, ignorancia, indeterminaciones, probabilidades e incertidumbres intervienen en los actos de enfermar, sanar y morir, en constantes retroacciones e interacciones que han conducido a los investigadores a no saber, en la concepción tradicional del conocimiento, cuáles factores son las “ ansiadas determinantes” de este proceso²⁴.

Es así como en la actualidad se abre paso a un análisis de la salud y la enfermedad, no como entidades cuya definición es evidente, sino como el resultado de procesos sociales, elaboraciones intelectuales y continuos intercambios de la colectividad²⁷.

El estudio del proceso salud-enfermedad bucal exige introducir la idea del vínculo inseparable entre el objeto del conocimiento (en este caso los

Ciencia Odontológica

Vol. 15 N° 1 (Enero-Julio 2018), pp. 42-43

pacientes) y su observador (el odontólogo, los familiares, el grupo de trabajo, la comunidad) este proceso se encuentra mediatizado por la conducta motivada tanto del odontólogo, como del paciente, el nivel de conocimientos alcanzados hasta ese momento y el contexto socio-cultural de la sociedad de la cual se trate. Lo primero conduce a la interpretación de que las representaciones del sujeto que enferma juegan un papel mucho más profundo que el de conocer e ignorar el proceso de su propia enfermedad. La manera como el sujeto enfermo percibe su cuerpo/su boca, concibe la enfermedad e interpreta lo que en él ocurre, no sólo aparecerá como factor que produce externamente cambios biológicos, sino como un proceso central de su realidad de enfermar, en el momento del diagnóstico y terapéutico, si el odontólogo logra percibirlo.

Por otra parte, el odontólogo abordará la historia del sujeto en su colectividad, en medio de los complejos fenómenos sociales, económicos, políticos y culturales de la sociedad a la cual pertenece, y comenzaría tomando en cuenta a éstos, a jugar un papel trascendental en el proceso semiológico, intentando ir más allá de la historia natural de las enfermedades, para profundizar en la historia del sujeto socio-histórico que se enferma. En otras palabras intentar la construcción de una nueva semiología médica, que reinterprete el orden biológico desde la complejidad del orden o desorden social que lo transgrede, en cada uno de los sujetos, pero también en las colectividades humanas, definiendo lo que es bueno para el otro (paciente), pero siempre cuestionándose lo que el otro (paciente) piensa que es bueno para sí²⁴.

Se trata de superar el tradicional enfoque disciplinar en el estudio de la salud y la enfermedad para transitar hacia el enriquecimiento conceptual de un campo de trabajo dado, no en el sentido aditivo, sino desde una visión interactiva.

Se necesita repensar el saber estomatognático a partir del actual estado de proliferación y parcelación de este saber, es decir, a través de la explicación de la epidemiología crítica y el paradigma de la complejidad que exige dominios como el físico, el biológico y

el social, para que se comuniquen entre sí, en una dialéctica en bucle donde es preciso enraizar la esfera antroposocial en la esfera biológica, la esfera viviente, en la physis (pero sin reducción). Es preciso enraizar el conocimiento físico e igualmente el biológico, en una cultura, en una sociedad, en una historia, en una humanidad que está integrada el sujeto social que debe ser analizado desde sus particulares. (ver cuadro 1)

CONCLUSIONES

- Las inequidades en salud, no deben ser analizadas desde el punto de vista de asistencia, curación y rehabilitación, está debe ser contextualizada a partir de las intenciones éticas y procedimentales del gerente encargado de brindar el derecho social de la salud.
- El sistema operativo de la inequidad en salud bucal, va más allá del acceso al sistema de salud, debe abarcar las dimensiones propias que componen al sujeto como un hecho social.
- Las acciones en materia de salud bucal, deben estar enfocadas en el análisis de los procesos sociales pero individualizando a cada sujeto social a partir de su propio estilo de vida que sin duda alguna se socializaran y se convertirá en modos de vida colectivizadas, y es donde el sistema de salud responderá al proceso salud/enfermedad bucal.
- La práctica odontológica no debe ser abordada únicamente desde el reduccionismo clínico (tradicionalmente implementado), debe ser analizada desde la esencia de la reproducción social que cada individuo construye y materializa a través del hecho de mantener y proteger a la salud bucal.

Cuadro 1. Estructura Determinante del Proceso Salud Enfermedad Bucal

Categoría: Clase Social				
	Estructura	Determinantes	Procesos destructivos de la salud	Estructura
Nivel General	Modelo de Sistema Económico-social imperante Estructuración de clase social	Relaciones de propiedad sobre bienes y medios de producción Inserción de los individuos en el proceso productivo Papel que desempeñan en la organización del trabajo Políticas sociales del Estado Venezolano	Estructura plural y fragmentada del sector salud pública / privada Incumplimiento de los programas, objetivos y estrategias para atender la situación de salud	Ampliación de la red pública y privada de atención/cuidados a la salud
Nivel Particular	Modos de vida	Consumo básico y ampliado de los grupos sociales	Inaccesibilidad, escasos y no disfrute de bienes de consumo generales Patrones de consumo no saludables	Oportunidad y disfrute de bienes y servicios de consumo de calidad patrones de consumo sanos Relaciones armoniosas con el entorno (naturaleza) Capacidad objetiva del grupo social para empoderamiento, organización y soportes en beneficio de la salud
Nivel Singular	Salud/enfermedad Bucal	Atención odontológica salud bucal	Demanda insatisfecha de los servicios de salud bucal Inaccesibilidad a tratamientos preventivos, recuperativos y de rehabilitación bucal	Accesibilidad a los niveles de atención: promoción, recuperación y rehabilitación bucal Atención odontológica Oportuna y de calidad
Categoría: Clase Genero				
Nivel General	Construcción social y cultural de las diferencias sexuales Patrones de desarrollo de lo femenino y masculino que la sociedad hace posible	Avances en la legislación para proteger la igualdad de oportunidades entre el género	Programas de salud diseñados desde la particularidades de los sujetos (edad, condición de enfermedad etc)	Programas de salud diseñados desde la concepción de la igualdad de género
Nivel Particular	Papeles que se asumen como propios de cada género	Triple carga de la mujer (productiva, reproductiva y social)	Significaciones y prácticas sociales perjudiciales de hombres y mujeres en cuanto a salud	Significaciones y prácticas sociales beneficiosas de hombres y mujeres en cuanto a salud
Nivel Singular	Construcciones simbólicas de la cavidad bucal y salud-enfermedad bucal desde el genero	Imágenes corporales	Imposición de patrones estéticos y de belleza odontológica según género Incremento de ofertas de atención odontológica únicamente desde la estética y la belleza	Avances en la atención odontológica rehabilitadora y funcional
Categoría: Etnia				
Nivel General	Interculturalidad	Avances en la legislación para proteger la igualdad de oportunidades en salud desde las etnias (afrodescendientes, criollas e indígena)	Programas de salud tomando en cuenta aspectos interculturales	Escaso de abordaje de la salud intercultural
Nivel Particular	Programas de salud bucal con enfoque intercultural Significados de salud/enfermedad bucal desde la cultura de los individuos	Acciones sobre la salud/enfermedad bucal desde la interculturalidad	Invisibilización del componente étnico en programas de salud bucal	Modelos de atención/cuidados odontológicos adecuados a las concepciones y prácticas de la pertenencia étnica
Nivel Singular	Creencias, costumbres hábitos y prácticas sobre la salud/enfermedad bucal	Acciones sobre la Creencias, costumbres hábitos y prácticas sobre la salud/enfermedad bucal	Adopción de hábitos y patrones de salud perjudiciales Imposición de patrones estéticos y de belleza odontológica según pertenencia étnica	Conservación de los elementos beneficiosos para la salud bucal (creencias, hábitos y prácticas de salud bucal)

REFERENCIAS

1. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública. Revista. Fac. Nac. Salud Pública. Ecuador.2013. Vol. 31,(1):1-15.
2. Breilh J. Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. Universidad Andina Simón Bolívar. Ecuador. 2011: 2-22.
3. Breilh J. La epidemiología crítica: una forma de mirar la salud en el espacio urbano. Revista salud colectiva.Buenos aires.2010: 8
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe. Chile: Organización de las Naciones Unidas. 2010.
5. Soto E, Carrillo M, Revueltas A. Globalización, economía y proyecto neoliberal en México. México: Universidad Autónoma Metropolitana. 1995.
6. Linares N, López O. Inequidades en la salud en México 1Centro de Estudios en Salud, Universidad del Valle de Guatemala, México, D.F.; 2Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México. 2012: 591- 597
7. Idrovo A. Determinación social del proceso salud- enfermedad: una mirada crítica desde la epidemiología del siglo XXI. Revista Salud Pública. 2017;19(3):404-408.
8. Cardona J. Determinantes y Determinación Social de la Salud como con-fluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica. Arch Med (Manizales) 2016; 16(1):183-1.
9. Samaja J. Por una epistemología de la Salud Colectiva: los conceptos sociológicos.Revista Salud Colectiva. 2010;6(1):182-193.
10. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts and theories. Global Health Accion. 2015;8(27106):1-12
11. Starfield B. The hidden inequity in health care. Int J Equity Health. 2011;10(1):15.
12. Fiorati R, Arcêncio R, Barros L. Las iniquidades sociales y el acceso a la salud: desafíos para la sociedad, desafíos para la enfermería. Revista Latino-america de Enfermagen.2016; 24(2687) 2-6.
13. Fleury S. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. Lancet. 2011;377(9779):1724-5.
14. Breilh J. Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. 1ª ed. Buenos aires: editorial; lugar.2003: 20-22.
15. Beyond C. "A Holistic and Human Rights-Based Approach for Addressing Inequality in the Post-2015 Development Agenda," 2012: 3.
16. Insulza j. desigualdad, democracia e inclusión social. Organización de los estados americanos. Segunda edición. 2011
17. Lobato S. Inequidad y desigualdad sanitaria en el marco de los determinantes sociales de la salud. Revista investigación y ciencia. Universidad autónoma de Aguascalientes. México. 2010. N° 48: 52-55
18. Zevallos L, Pastor R, Moscoso B. Oferta y demanda de médicos especialistas en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud: brechas a nivel nacional, por regiones y tipo de especialidad. Rev peru. med exp salud pública. 2001;28(2):177-85
19. Vega R. Justicia sanitaria como igualdad: ¿universalismo o pluralismos?. En: Pensamiento en Salud Pública: El derecho a la Salud. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia; 2001: 54-89.
20. Aday L, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. Health Serv Res 1974;9(3):208-220.
21. Laurel C. Sobre la concepción Biológico Social en el proceso Salud enfermedad. Cuadernos médico

sociales nº 19. México. 1994: 1- 11.

22. Almeida N, Paim J. La crisis de la salud y el movimiento de la salud colectiva. En Latinoamérica. Cuadernos médicos sociales.1999. (75): 5-30.

23. Paim J. Fundamentos históricos: movimientos sociales en el campo de la salud. REDET. ISC. Brasil: Universidad Federal de Bahia. 2005

24. Aguirre R, Macías M. Una vez más sobre el proceso salud enfermedad. Hacia el pensamiento de la complejidad. Revista Humanidades Médicas. Cuba 2002. Vol, 2, (4):1- 11.

25. Organización Mundial de la Salud. (2005). La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

26. Acosta J. Bioética desde una perspectiva cubana. Fundación Félix Varela. 1997

27. Vergara M. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. Revista Hacia la Promoción de la Salud. 2007.12:41-50