"El rostro sin dientes del sistema de salud". Salud bucal y el sistema de salud como determinante social. Una experiencia en la provincia de Buenos Aires, Argentina.

The toothless face of the health system. The health system as a negative social determinant in oral health. An experience in Buenos Aires Province, Argentina.

***Silberman**, Martín[1]; **Marín**, Gustavo[2]; **Pozzio**, María[3]; **Sanguinetti**, Carlos[4]*

[1]Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. silbermanmartin@gmail.com

[2]Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

[3]Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata, Departamento de Ciencias Sociales Universidad Nacional de Quilmes, Argentina.

[4]Médicos en Prevención, Buenos Aires, Argentina.

Recibido: 12/02/2013
Aceptado: 25/04/2013

RESUMEN

Introducción: las condiciones sociales condicionan el estado de salud de las personas. En Argentina, el bajo nivel de los servicios del sistema de salud bucal no impacta de la misma manera en toda la población y, en algunos casos, es el propio sistema quien acentúa estas diferencias reforzando las inequidades en salud.

Objetivos: evaluar el impacto de la falta de piezas dentales en las oportunidades laborales de personas jóvenes; evaluar un programa que otorga rehabilitación protésica.

Metodología: entrevistas a empleadores para la variable oportunidad laboral; evaluación de costos del programa de rehabilitación oral en tres municipios de Buenos Aires.

Resultados: Se observa una amplia diferencia en el acceso laboral en personas con dientes comparadas a personas sin piezas dentales. El acceso a prótesis dentales está limitado, debido al elevado costo del tratamiento en el mercado, éste disminuye hasta un 86% cuando es financiado por el estado.

Conclusiones: Existe un origen desigual e injusto en la pérdida de dientes. El sistema de salud promueve esta desigual distribución, dejando el acceso a la salud bucal en manos del mercado, se convierte en un determinante social negativo.

PALABRAS CLAVES: Determinantes sociales, Salud Bucal, Pérdida de dientes.

ABSTRACT

Introduction: Social conditions are determinants of inequalities in health status. The poor performance of the oral health system in Argentina does not impact in the same way the whole population, reinforcing inequalities in health.

Objectives: to assess the impact the impact of the lack of teeth of young people low-income, over the employment opportunities. A state program of oral rehabilitation in edentulous young patients is evaluated.

Metodology: interviews to entrepreneurs were realized in order to measure the employment opportunities in edentulous young people. The costs of oral rehabilitation treatment are evaluated in the state program against market options.

Results: People with teeth have better access to work; treatment improves this to people without teeth. Access to dental prosthesis is limited, due to the high cost; it decreases in 86% when it is funded by the state.

Conclusions: The most disadvantaged sectors of society are who more suffer the loss of teeth. The health system acts as a negative social determinant in oral health.

KEYWORDS: Socioeconomic Factors, Oral Health, Tooth Loss.

Archivos de Medicina Familiar y General 2013; 10(1): 22 – 29.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no se distribuyen en forma azarosa entre la población. Las Condiciones sociales como la pobreza, la escasa escolarización, la inseguridad alimentaria, la discriminación social, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa calificación laboral constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades en lo que respecta al estado de salud, las enfermedades y la mortalidad de las personas (1).

Los sistemas de salud deben trabajar en promover la equidad en salud, pero a pesar de ello, por sus lógicas, por sus intereses o por su historia, en determinados contextos, los mismos sistemas de salud son parte misma del problema, profundizando y reforzando las inequidades en salud.

La salud bucal no es ajena a esta realidad, con el agravante que se encuentra relegada en el nivel de importancia ¿Quién la relega? La sociedad y el propio sistema de salud.

En Latinoamérica, la salud bucal de la población no ha experimentado grandes avances y generalmente no se han experimentado grandes avances en materia de salud bucal, y en la mayoría de los casos es vista como una mejora estética, un bien de lujo de escasa gravedad comparado con los grandes males que aquejan a la población (2, 3).

En Argentina, la situación de la salud bucal no escapa a la de la realidad latinoamericana, con el perjuicio que en las últimas dos décadas se han reportado muy malos resultados en salud bucal a edades tempranas, así como problemas de accesibilidad -tanto en la prevención como en la atención de la misma (4).

Este pobre desempeño del sistema de salud en cuanto a enfermedades de la boca -específicamente dentales- no impacta de la misma manera en toda la población. Los grupos sociales más aventajados tienen acceso, mientras que la realidad en los de bajo nivel socioeconómico es distinta (5). La falta de posibilidades en estos últimos, hacen que en la mayoría de los casos la solución a cualquier enfermedad dental derive en una extracción de piezas dentarias (6).

Si bien la literatura evidencia que la falta de piezas dentarias en edades tempranas (antes de los 20 años) generalmente es el resultado de traumatismos, en la población latinoamericana se observa que en este rango etario, la causa más frecuente es la extracción por consulta odontológica tardía (7).

Esta extracción "terapéutica" de piezas dentales definitivas puede ser considerada como una respuesta automática, no reflexiva y por lo tanto, inequitativa e injusta, y debería ser evitada (8). El peso de la falta de piezas dentarias actúa fuertemente en el desempeño psicosocial de las personas (9), además de su impacto en términos de morbilidad y en la economía de las familias y del sistema -mediante el elevado costo de los tratamientos de rehabilitación bucal (10).

Este fenómeno permite consolidar la idea de que en determinadas ciertas ocasiones el sistema de salud puede actuar como un determinante social negativo de la salud. En estos casos, el deterioro del estado de salud tiene un efecto de retroalimentación nocivo respecto a la posición socioeconómica, generando mayor gasto, ausentismo laboral o peores condiciones de acceso al empleo.

Si bien en la salud bucal, la determinación social genera mayor prevalencia de enfermedades entre en poblaciones de bajo nivel socioeconómico, la principal desigualdad se produce por el tipo de respuesta que encuentran a estas enfermedades los diferentes grupos sociales (11).

El trabajo que se presenta se desarrolló en tres municipios de la Provincia de Buenos Aires, Argentina, durante los años 2007/2008. En el mismo intentamos dar cuenta del fenómeno por el cual el propio sistema de salud determina, a través de su respuesta, el nivel de salud bucal de la población. Considerando la extracción compulsiva de piezas dentales y su impacto en las oportunidades laborales de personas jóvenes de bajos recursos, implementamos y evaluamos un programa de rehabilitación oral en pacientes desdentados jóvenes. Dicha implementación estuvo a cargo de la Dirección de Atención Primaria de la Salud del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. En la evaluación analizamos, por un lado, los diversos significados sociales de no tener dientes; y por el otro, el abaratamiento de los costos cuando el tratamiento es financiado por el estado.

Salud Bucal. Medición del problema

La caries dental sigue siendo un importante problema de salud en los países industrializados, afectando a un 60-90% de los niños en edad escolar (12).

El tratamiento tradicional de la enfermedad oral es muy costoso: es la cuarta enfermedad más costosa de tratar en la mayoría de los países industrializados (12). En algunos países, como los escandinavos y el Reino Unido, entre el 5 y el 10% del gasto sanitario público se destina a la salud oral (14).

METODOLOGÍA

Diseño: estudio de intervención con evaluación ex ante y ex post. Al ser una intervención comunitaria, es el diseño de elección que permite observar cambios en la población a partir de la intervención propuesta.

Población: fueron invitados a participar del programa un total de 100 personas, mujeres y hombres mayores de 18 años con ausencia de cobertura de salud para prótesis dentales, quienes habían consultado a centros de salud de los municipios de la Plata, Berisso y Ensenada, quienes debían inscribirse en dichos centros de salud entre los meses de setiembre a Diciembre de 2007, y que cumplieran con los criterios de inclusión.

Cuestiones éticas: se procedió a redactar un consentimiento informado en el que se declaraban los objetivos del estudio, los procedimientos a realizar y sus respectivos riesgos. Asimismo se comunicó a los pacientes la completa confidencialidad de los datos personales, así como los respectivos a los tratamientos.

Criterios de inclusión: hombres y mujeres de entre 18 y 40 años, sin seguridad social en lo que respecta a colocación de prótesis dentales, que concurran a centros de salud, que previo al ingreso firmen el consentimiento informado respectivo.

Criterios de exclusión: pacientes que presenten alguna enfermedad que contraindique la colocación de prótesis (boca séptica, encías inflamadas, torus o exostosis, o alguna neoplasia maligna, y otras), tener algún servicio de seguridad social que cubra total o parcialmente el costo del tratamiento, personas fuera del rango de 18 a 40 años, personas que se nieguen a firmar el consentimiento informado, quienes tengan previsto radicarse en otra localidad en los plazos establecidos desde el comienzo hasta el final del tratamiento.

Criterios de eliminación: aquellos pacientes que por cualquier motivo dejen inconclusa alguna etapa correspondiente al tratamiento y las etapas establecidas de seguimiento.

Variables

Dimensión laboral: se realizó la evaluación ante empleadores laborales de personal no calificado (300 firmas comerciales, empresas nacionales e internacionales, Pymes y organismos estatales en los que se selecciona personal que participan del consorcio estatal - privado La Plata, Berisso, Ensenada). Se les otorgó a cada uno de los 300 empleadores un juego de 30 Currículums Vitaes (CV) extraídos del total de 60 CV conformados de la siguiente forma: 20 pertenecían a personas de ambos sexos que sufrieron la pérdida de piezas dentales anteriores (grupo 1); 20 personas de edades similares a los anteriores, pero con su dentadura completa (grupo 2); 20 CV de personas ficticias con su dentadura completa, resultados de la modificación digital de fotografías de las personas desdentadas (grupo 3). Cabe aclarar que se cuidó que no hubiera diferencias significativas en los CV de cada persona, para que así, lo que terminara definiendo el puesto no fueron los antecedentes de los postulantes. La idea del tercer grupo (el de las fotografías modificadas) fue que sirviera para conjeturar sobre la suerte de las personas luego de la rehabilitación dental. Una vez que los empleadores recibían los 30 CV, debían realizar un ranking de posiciones: el número 1 le correspondería a la persona que tomarían para trabajar en primer orden, mientras que la número 30 sería la última opción para ser tomada como empleado.

Dimensión económica: se aplicó un cuestionario a 200[I] personas de entre 18 y 53 años que recibieron tratamiento con implantes dentales transitorios en los municipios de La Plata, Berisso y Ensenada durante los años 2005-2006 (dos años antes de la intervención que describimos). Estos pacientes fueron seleccionados de diferentes efectores del subsector privado (consultorios particulares, Clínicas privadas, otros) y se los interrogó acerca de las siguientes variables:

Costo final del tratamiento: desde la primera consulta realizada hasta el momento en que tiene colocado el implante, incluyendo tres consultas previas para la preparación a la recepción de la prótesis, las consultas vinculadas a la colocación de la propia prótesis, y al menos tres visitas posteriores a la colocación de la misma. Se calculó en promedio el costo pagado por el paciente más el monto erogado por el seguro social al profesional (prótesis de acrílico y cromo).

Características socioeconómicas de los pacientes: nivel máximo de instrucción alcanzado, presencia o no de empleo estable (empleo formal registrado), posesión o no de seguridad social.

Programa de prótesis gratuitas

Se implementó desde el Ministerio de Salud Provincial un programa de tratamiento protésico gratuito para 100 pacientes correspondientes a los municipios de la Plata, Berisso y Ensenada. Un equipo conformado por odontólogos del ministerio junto a los profesionales de los diferentes municipios, confeccionó el listado definitivo de pacientes de acuerdo al número y ubicación de las piezas faltantes para determinar el mejor tratamiento a seguir.

A todos los convocados se les realizó una entrevista para conocer características personales y socioeconómicas, debían firmar un consentimiento informado y responder un cuestionario para evaluar la historia de su salud bucal. Luego se les realizó el tratamiento protésico según indicación particular del odontólogo del programa.

El programa consistió en la utilización de una red de odontólogos del sistema de salud estatal y en la contratación centralizada de un laboratorio odontológico mediante concurso de precios por el total de pacientes previstos.

Análisis de los datos: se realizó estadística univariada para describir las medidas centrales a través de las medias y porcentajes, así como la dispersión a través de la desviación estándar. Los estadísticos bivariados para obtener las principales diferencias entre las variables antes de la intervención y posterior a la misma se realizaron a través de la estadística T con n-2 grados de libertad, para la Hipótesis nula que la diferencia entre las variables antes y después de la intervención es igual a cero (H_o: r_e = 0). El análisis estadístico será realizado en el programa SPSS/PC v19.0 a partir de la importación de las bases de datos en Excel.

RESULTADOS

Dimensión laboral*:* Se puede observar la diferencia en los puestos obtenido por cada uno de los grupos en los rankings laborales (Tabla I). Se encuentran diferencias significativas entre el grupo1 -trabajadores con ausencia de piezas- y los otros dos grupos, quedando en promedio relegados 11 posiciones respecto a los grupos 2 y 3. En cambio, entre estos dos grupos, no se obtuvieron diferencias significativas. Estos resultados nos permiten observar que, en personas jóvenes hay una posible asociación entre la ausencia de piezas dentales y la oportunidad laboral. Y lo que es más importante, esa diferencia prácticamente desaparecería al rehabilitar la dentadura mediante tratamiento protésico.

Costo final del tratamiento: En la tabla II podemos observar los costos promedios declarados por los pacientes que se realizaron el tratamiento según el tipo de material utilizado y la cantidad de dientes reemplazados. Aquí podemos observar que si calculamos el promedio para implantar prótesis transitorias a 200 pacientes mediante tratamientos diversos, el costo unitario sería de USD 287.77. También podemos ver que el rango del costo va de los USD 245 para prótesis de acrílico a USD 344 cuando el material necesario es el cromo en más de 5 piezas dentales, es decir que alcanza los USD 100 de diferencia.

Las características socioeconómicas de estos 200 pacientes que recibieron tratamiento protésico mediante efectores privados (pago directo de bolsillo, seguro social) de los municipios analizados, se muestran en la Tabla III.

Por lo que podemos observar, este grupo pertenece a la edad adulta, con una gran variación de edades.

Tabla I. Posiciones de los grupos en ranking de empleadores.

	Posición promedio	Desvío Standard	Diferencias
Grupo 1 (grupo con faltante de piezas dentarias)	15.5	4.1	+11.4*
Grupo 3 (Grupo con agregados de piezas digitalmente)	4.7	3.9	+1.3
Grupo 2 (grupo con dentadura completa)	3.4	3.1	-

*P: .003

Tabla II. Promedio de valor declarado por los pacientes por tratamiento de acuerdo al tipo de prótesis.

Tratamiento	Número de Pacientes	Valor de mercado promedio unitario*	Costo final
Acrílico (<de 5 dientes)	43	USD245.38±46.13	USD 10,551.6
Acrílico (5 dientes ó más)	107	USD282.45± 61	USD 30,220.00
Cromo (<de 5 dientes)	16	USD318.42 ± 77.1	USD 5,094.52
Cromo (5 dientes ó más)	34	USD343.77 ± 119	USD 11,688.1
Total	**200**	**USD287.77**	**USD 57,554.51**

*Valor estimado en Dólares Norteamericanos al momento de la entrevista

Este grupo que accedió a la colocación de prótesis dentales tiene características compatibles con las de las clases sociales medias/altas: buen nivel de instrucción -el 60% se ubica en secundario completo y casi el 20% alcanza estudios superiores- empleo estable y seguridad social –más del 60% en ambos casos-.

Características de los pacientes seleccionados para ingresar al programa: Las características socioeconómicas de estos 100 pacientes seleccionados en los municipios participantes se muestran en la Tabla III.

Estos pacientes fueron indagados acerca de la causa de la pérdida de los dientes: de los 100 pacientes, 79 fueron extracciones realizadas en establecimientos de salud (hospitales y centros de atención primaria) no pudiendo establecer con claridad los propios pacientes la causa de la remoción. La mayoría recuerda un dolor o una infección que les provocó la consulta odontológica. El resto menciona accidentes deportivos (6), peleas en calle (3), accidente de tránsito (4), otros mencionan hechos poco claros como el embarazo como factor de pérdida de las piezas (3), mala alimentación (2), y por último, tres desconocen la causa de la pérdida de los dientes.

Como vimos anteriormente, el costo promedio de la colocación protésica en el mercado asciende a casi USD 245 -si la prótesis a colocar es de acrílico y de menos de 5 piezas-, siendo de USD 282 si el número de piezas es mayor. En caso de requerir piezas de cromo, la cifra asciende a USD 318 si el número de piezas es menor a 5 y a USD 344 si supera las 5 piezas. Trasladando esos promedios a nuestros 100 pacientes seleccionados, calculamos el costo promedio de cada paciente de acuerdo al tratamiento requerido y a los valores de mercado. Los resultados los podemos ver en la tabla IV, donde se compara para el mismo tratamiento, el costo final de según los valores de mercado con los valores finales erogados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires en el programa de prótesis gratuitas.

Aquí podemos observar una gran diferencia en términos económicos entre el costo del tratamiento cuando el programa es financiado mediante recursos del estado, comparado con los costos requeridos por los efectores privados. Estas diferencias van de una disminución del 80% en caso de que el material sea cromo a casi el 87% en el caso de las piezas de acrílico. Esto nos permite calcular de forma preliminar que por cada 100 pacientes que requieran prótesis dentales el costo promedio calculado por cada paciente sea de USD 40.7, cifra claramente inferior a los USD 270.7 del costo promedio de mercado (Gráfico 1).

DISCUSIÓN

Hemos podido observar que los pacientes que acceden a la colocación de prótesis dentales pertenecen a las clases sociales medias y altas, por lo que podríamos decir que existiría una marca de clase en el acceso a la rehabilitación protésica. Del análisis se desprende el origen diferencial entre clases sociales de la falta de piezas dentales –tema que merece ser indagado en mayor detalle en futuras investigaciones-. Aparentemente entre las clases más bajas, la extracción de piezas dentales surge del mismo sistema de salud como única estrategia curativa ante problemas dentales de fácil prevención y resolución. En las clases sociales más acomodadas, con acceso a servicios de mejor calidad, las causas de pérdida de piezas

Tabla III. Características socioeconómicas de los pacientes.

		Pacientes entrevistados*	Pacientes incluidos en el programa
Total		**200**	**100**
Edad promedio		**49,4 años** (± 12.3)	23,4 años (± 5.6)
Nivel de instrucción	Primario incompleto	**0**	**25** (25%)
	Secundario Incompleto	**21** (10.5%)	**12** (12%)
	Secundario completo	**120** (60%)	**53** (53%)
	Terciario completo	**12** (6%)	**10** (10%)
	Universitario Completo	**17** (8.5%)	**0**
	Posgrado	**10** (5%)	**0**
Empleo estable		**123** (61.5%)	**23** (23%)
Obra social		**131** (65.5%)	**16** (16%)

*Personas que realizaron sus tratamientos de manera particular en la consulta privada

Tabla IV. Costos promedio de acuerdo a los tratamientos realizados.

Tratamientos realizados						
Tratamiento	N	Valor unitario de mercado*	Costo final de mercado*	Costo unitario realizado*	Costo final realizado*	Diferencia*
Acrílico (< 5 dientes)	54	245.38±46.13	13,250.52	32.90	1,776.77	11,473.75** (- 86.6%)
Acrílico (≥5 dientes)	28	282.45± 61	7,908.6	41.29	1,156.13	6752.47** - 85.4%
Cromo (< 5 dientes)	11	318.42 ± 77	3,502.62	59.03	649.35	2,853.27** - 81.5%
Cromo (≥5 dientes)	7	343.77 ± 119	2,406.39	69.35	485.48	1,920.91** -79.7%
Total	**100**		**27,068.13**		**4067.74**	**23,000.39** - 85.9%**

*Todos los costos expresados en Dólares Norteamericanos **P<0.05

dentales se limitan a accidentes o enfermedades menos prevenibles -además de aparecer la falta de dientes a edades más tardías-.

En cuanto a los resultados observados en torno a lo laboral, vimos que el acceso a un trabajo se ve desfavorecido por esa falta de piezas dentales. Al mismo tiempo, pudimos observar indirectamente que la misma persona puede recuperar oportunidades cuando accede a la reposición de piezas dentales mediante tratamiento protésico, lo que estimula en un grado importante la realización de programas de prótesis gratuitas.

En cuanto a los determinantes sociales, podemos reconocer el origen desigual e injusto del problema de salud de la pérdida de dientes –sobre todo, de los dientes permanentes anteriores-. Desigual en función de que son los sectores sociales más desfavorecidos quienes sufren en mayor medida la pérdida de piezas a edades más tempranas. A la vez, vimos cómo el sistema de salud promueve esta desigual distribución del problema entre la población, dejando el acceso a la salud bucal en manos del mercado. Debido a ello, el sistema de salud estatal[II] propone la extracción de piezas dentales como el único tratamiento a enfermedades que pueden ser asistidas mediante otras estrategias menos drásticas (15). Es así como el propio sistema de salud coloca en situación de desventaja en cuanto a lo laboral y a otras dimensiones asociadas- a personas cuya situación social ya es de por sí desventajosa, por lo que sería interesante que futuras investigaciones puedan desarrollar explicaciones más profundas acerca de este fenómeno.

Plantear la extracción compulsiva de dientes como una estrategia inequitativa originada por los sistemas de salud obliga a reflexionar sobre los significados que tiene, tanto a nivel individual como social, una boca sin dientes; y para ello, nos centraremos principalmente en una mirada desde las ciencias sociales.

Los procesos de salud-enfermedad-atención están condicionados sociohistóricamente, esta cuestión se vincula con lo simbólico, es decir, con los significados y representaciones sociales en torno de lo que son la salud y la enfermedad. Sin duda, el desarrollo científico y el estado del pensamiento social en una época determinada son cruciales para entender dichos significados y representaciones (Herzlich y Pierret, 1989).

Situados en el plano de lo simbólico, es interesante ver qué conceptualizaciones en torno de lo que es la salud y sobre todo, ideas y representaciones sobre lo que son las enfermedades, además de hablarnos de los estados de salud de una población, nos dicen mucho sobre esas poblaciones. En esta línea, pensamos que es necesario reflexionar sobre las cuestiones simbólicas relacionadas con una boca joven sin dientes: esto es, qué significa en nuestro actual contexto social, qué nos dice sobre ese individuo, sobre sus condiciones sociales de vida, pero también, sobre la sociedad en la que vive.

Es importante comenzar planteando que en Argentina -como en la mayoría de las sociedades urbanas de América Latina- las personas adultas siempre tienen dientes -propios o postizos-. La imagen de una sonrisa perfecta, de dentadura blanca y radiante, es la imagen del éxito, la belleza, la amabilidad, entre otras significaciones posibles. La salud bucal, a nivel social, pasa por dos procesos simultáneos y complementarios: mercantilización y medicalización (14). Estos procesos nos remiten a una sociedad donde una "dentadura perfecta" es considerada un valor: tanto de uso -porque sirve por ejemplo, para encontrar un empleo o

dar una buena imagen de sí- y un valor de cambio -por lo que cuesta-. Lo interesante en este contexto es entonces ver el reverso: todo lo negativo que connota no tener una dentadura perfecta y más aún, no tener dientes. Lo que nos obliga a la pregunta ¿quiénes no tienen dientes? Y la respuesta es obvia: los sectores más bajos de la sociedad.

Sin embargo, esta explicación social no es la frecuente. Para el sentido común, una persona joven "sin dientes" es la imagen misma de la carencia, el descuido, el abandono y para la misma persona, esa carencia es causa de vergüenza y hasta de autodiscriminación. Considerando estos aspectos valorativos y simbólicos asociados a no tener dientes ¿cómo no pensar que la extracción compulsiva de piezas dentarias refuerza la inequidad?

Por otro lado, la comprensión del fenómeno "cuerpo" debe darse desde una mirada sintética, que preste atención a la íntima articulación e interpenetración entre la biología y la cultura (16). Si a este enfoque, le sumamos el aporte de Foucault (17) respecto al biopoder, las disciplinas y el gobierno de los cuerpos (18), (Comisión de Determinantes Sociales de la Salud OMS., 2009) podemos comenzar a plantear la falta de dientes desde la forma en que disciplinas y saberes –en nuestro caso, la odontología- a partir de sus intervenciones, ejercen poder y de ese modo, contribuyen al "gobierno" de los cuerpos que nuestra sociedad necesita para reproducirse. En esta lógica, esa reproducción es la de cuerpos desiguales o reproducción de desigualdades encarnadas: diferencias que marcan, marcas que diferencian.

Las personas que no tienen dientes, en sociedades donde se ha medicalizado y mercantilizado la salud bucal, son personas cuyos cuerpos, cuyas caras (19) nos hablan de la desigualdad. La desigualdad se hace cuerpo en ellos, en sus caras, sus gestos, y se reproduce. La cuestión de los gestos no es menor, ya que no tener dientes conlleva posturas corporales –como taparse la boca o no sonreír- que poco a poco, desempoderan a los sujetos.

"…a mí a veces me da vergüenza cuando voy a buscar a la nena a la escuela, las madres se juntan a charlar y se matan de risa, yo trato de reírme con la boca cerrada o me tapo" (Estela 21 años).

"Cuando hago milanesas soy la última en comer, como tengo que cortarla en pedacitos chiquitos y dale masticar para poder tragarla, si no se me matan de risa…" (Verónica, 28 años).

La carencia de dientes se vive como una discapacidad y como tal, sus consecuencias no son sólo físicas, significan además una caída importante en la autoestima del sujeto.

Con todo lo planteado, quisimos mostrar que una boca sin dientes es mucho más que un problema estético y hasta un problema solo vinculado al ámbito de la salud: es un problema que nos habla de las inequidades sociales, reforzadas hasta ahora por las respuestas dadas por el sistema de salud.

Relevancia para políticas sanitarias y para la investigación en salud

Incluir la mirada de determinantes sociales de la salud en las políticas sanitarias permite mejorar la comprensión de los fenómenos e incorporar dimensiones al análisis de costo efectividad; costo beneficio; costo oportunidad de las mismas. Si se observa desde este punto de vista, se podrán mejorar no sólo indicadores sanitarios, sino ver cómo estos se vinculan en forma dialéctica con indicadores económicos y sociales. El diseño, implementación y posterior evaluación de las intervenciones sanitarias deben incorporar las ideas y representaciones de la propia población a la que se dirigen dichas políticas.

Por ello, se deja establecido que las investigaciones en salud pública deben, de manera responsable, orientarse, tal como lo sugiere enfáticamente la OMS, hacia el desarrollo de nuevas tecnologías que tengan impacto sobre las principales determinantes sociales de la salud (20).

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. Corina Aimetta por su importante trabajo en las tareas de campo.

NOTAS FINALES

[I] Mediante muestra para estimación de una media, donde S= USD20, con una confianza del 95% y una precisión de 3 USD (175 individuos).

[II] Susana Belmartino plantea que el sistema de salud estatal en Argentina, desde las reformas estructurales de los años 1990, se ha convertido en un sistema de salud para pobres (Belmartino, 1999).

BIBLIOGRAFÍA

1 Marmot, M., (on behalf of the Commission on Social Determinants of Health); Achieving health equity: from root causes to fair outcomes; Lancet 2007; 370: 1153–63.

2 Parra Ramírez,G.; García Castro, L..Representaciones sociales sobre la salud oral y su relación con los discursos y las prácticas profesionales. Hacia la promoción de la salud, Volumen 13, Enero – Diciembre 2008 (121-130).

3 Cleaton-Jones P, Fatti P, Bönecker M. Dental caries trends in 5- to 6-year-old and 11- to 13-year-old children in three UNICEF designated regions--Sub Saharan Africa, Middle East and North Africa, Latin America and Caribbean: 1970-2004. Int Dent J. 2006;56:294- 300

4 Llompart G, Marin GH, Silberman M, Merlo I, Zurriaga O, GIS. Oral health in 6-year-old schoolchildren from Berisso, Argentina: Falling far short of WHO goals. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010 Jan 1;15 (1):e101-5.

5 Marin GH, Urdampilleta P, Zurriaga O. Determinants of dental care utilization by the adult population in Buenos Aires. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010 Mar 1;15 (2):e316-21.

6 Brenes W, Sosa D. Epidemiología bucal y accesibilidad a los servicios odontológicos de un grupo de adolescentes. En: Rev Costarric Cienc Med. 1986;7:311–4.

7 Olate S, Alister JP, Soto M, Alveal R, Fuentes J, Thomas D. Extracciones e indicaciones de extracciones dentales en población rural chilena de 11 a 30 años. Avances en Estomatología. Vol. 22 - Núm. 2 – 2006 (119 – 124).

8 Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. Int J Health Serv 1992;22:429–445.

9 Yip H, Smales R, Yu C, Gao X, Deng D. Comparison of atraumatic restorative treatment and conventional cavity preparations for glass ionomer restorations in primary molars: one year results. Quintessence Int. 2002;33: 17–21.

10 Oscarson N, Källestal C, Fjekddahl A, Lindholm L. Cost effectiveness of different caries preventive measures in a high-risk population of Swedish adolescents. Community Dent Oral Epidemiol. 2003;31:169–78.

11 Marin GH, Urdampilleta P, Zurriaga O. Determinants of dental care utilization by the adult population in Buenos Aires. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010 Mar 1;15 (2):e316-21

12 Petersen, P.E:, The global burden of oral diseases and risks to oral health.Bulletin of the World Health Organization, September 2005, 83 (9) 661- 669

13 Herzlich, J. y Pierret: (1989)"De ayer a hoy: construcción social del enfermo". En: Cuadernos Médico Sociales Nº 43, CESS, Rosario

14 Conrad, P. (1982): "Medicalización de la anormalidad y control social". En: (Ingleby, D. Comp.) Psiquiatría Crítica. Ed. Grijalbo.

15 Belmartino, S. (1999) Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina ¿quién será el árbitro? Buenos Aires. Lugar Editorial

16 Mauss, Marcel (1979) Sociología y Antropología. Tecnos, Madrid.

17 Foucault, Michel (1994) "Crise de la médicine ou crise de la antimédicine?" En: Dits et écrits, Tomo 3: 1976-1979. Gallimard, París. P. 40-58

18 Foucault, Michel (1994) --- (1999) "El Nacimiento de la Biopolítica" En: Estética, ética y Hermenéutica.Ed. Paidós Básica, Barcelona y Buenos Aires. Páginas 209-215.

19 Le Breton, David. "Rostros, Ensayo antropológico." Ed. Letra Viva y el Instituto de la Máscara,Buenos Aires, 2010

20 Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. (2009). Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. (pp. 1-31). Ginebra, Suiza.