



Casa abierta al tiempo

**Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco**

“El significado de la boca y de la salud bucal en México”

Tesis

Que para obtener el grado de
Doctora en Ciencias en Salud Colectiva

presenta

M. en M.S. Natalia Odeth Santos Madrigal

Director

Dr. Sergio López Moreno

Codirector

Dr. Rafael Malagón Oviedo

8 de julio de 2022

El jurado designado por el Comité Académico del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva aprobó la tesis que presento:

Natalia Odeth Santos Madrigal

el día 8 de julio de 2022

Sinodales

Bernardo Robles Aguirre

Edgar Jarillo Soto

Soledad Rojas Rajs

Sergio López Moreno

Rafael Malagón Oviedo

En el camino de construir el tiempo sin olvidarse del pasado

no hay agradecimiento que no se tope con el viento

y los árboles y construya con eso su propia historia

La pandemia nos cambió los procesos de vida y salud, nos dejó ver lo finitas que somos, recrudenció las desigualdades en todas las escalas y nos enseñó lo importante que es transformarnos y no desconectar la razón de la emoción y sentir nuestro cuerpo, individual, comunal y colectivo y ser amorosas ahora y hasta el último respiro.

A mi hija Natalia por su amor completo, su sonrisa y su alegría de vivir.

A Luisa por su acompañamiento incondicional, por su ejemplo, su cuidado y amor para mí. Siempre te estaré agradecida.

A Julieta y Natali, Luisa y Adriana por ser un ejemplo en la práctica de una clínica ampliada y de los cuidados singulares en Salud Bucal, su atención humana y cariñosa. Porque somos el mejor equipo.

A las mujeres y hombres de este tiempo que luchan por transformar el mundo en uno en donde no exista dominación alguna.

A mi madre, a mi padre por su amor infinito

A Yoko por su fortaleza

A Ringo por su ternura

A Fer, Ale, Caleb y Carlos por ser mi familia.

A Pavel, por tu solidaridad hermosa y tu acompañamiento en la generación de mis trabajos de investigación, por tu amistad y todo tu cariño. Por estar siempre.

A las Assatas incendiarias Clara, Adriana, Alethya y Elena, por su capacidad de transformar y transformarnos juntas.

A Octavio por su paciencia, su confianza y su invitación infinita a transformarlo todo, siempre desde el amor.

A mis compañeras y compañeros del doctorado por su amistad valiosa: especialmente a Gabriela, Raquel, Francho, Sandra, Cristian, Daysi, Adri, Alejandro, Oli y Aza.

A Carolina Morales por sus enseñanzas, su amistad y horizontes para hacer esta tesis.

A la Red Latinoamericana de Salud Bucal Colectiva. Por representarme y representarlos.

A Paco, por caminar en la misma brecha estos últimos 20 años, estoy orgullosa de nuestros pasos, todo ha valido la pena y la felicidad.

Resumen

Las enfermedades bucales tienen una alta prevalencia en México y afectan con mayor severidad a los grupos que poseen las peores condiciones de vida debido a la posición que ocupan en la estructura social. Su efecto se acumula a lo largo de la vida ocasionando problemas de funcionalidad y desarrollo que repercuten en la alimentación, masticación, respiración, comunicación y desarrollo de capacidades.

Los sistemas de atención y la política pública actual no han logrado disminuir la prevalencia de estas enfermedades pues son resultado de una problemática compleja con múltiples determinaciones. Las condiciones de vida y salud bucal de las poblaciones, los sistemas de atención, la práctica odontológica y las políticas públicas son elementos que resultan relevantes para comprender la problemática de salud bucal, así como los significados que las personas tienen de su boca y su salud. Al estudiarlos de manera más cuidadosa y profunda puede apreciarse que cada uno de estos campos utiliza un diferente discurso y concede una importancia distinta tanto a la boca como a la salud bucal. Por esta razón analizar los significados de la boca y su salud adquiere un papel relevante para la comprensión cabal y el planteo de soluciones en esta esfera de la salud.

El presente trabajo se propuso identificar el significado de la boca y la salud, en los programas de salud bucal y las normas en la Ciudad de México, así como para los sujetos de atención y para los profesionales de la atención odontológica, aceptando que la boca —como parte del cuerpo— juega un papel trascendental en todas las etapas de la vida, durante el desarrollo individual y colectivo de los grupos. Las diferencias en los significados que los sujetos de atención y los odontólogos conceden a la boca pueden impedir el uso oportuno y la organización adecuada de los servicios de salud; invisibilizar y reproducir relaciones de poder, y crear o profundizar desigualdades. Se propone que el conocimiento del significado de la boca es útil para el diseño y la elaboración de políticas públicas adecuadas en salud bucal.

El propósito de la investigación, entonces, fue analizar los significados de la boca para los sujetos de atención, los odontólogos del Sistema Nacional de Salud (SNS) en México y para las políticas en salud bucal plasmadas en las Normas oficiales y el Programa de Salud Bucal.

La investigación se llevó a cabo utilizando un abordaje cualitativo que incluyó:

1. Una revisión documental y el análisis del contenido de documentos relacionados con el significado de la boca;

2. Un análisis de discurso —descriptivo y crítico— de las políticas en salud bucal plasmadas en las Normas oficiales mexicanas (NOM) relativas a la salud bucal y

3. Un análisis de discurso —descriptivo y crítico— de los Programas de Acción Específico (PAE) para la prevención, detección y control de problemas de salud bucal de los años 2013 a 2018

4. Entrevistas a profundidad y semiestructuradas, aplicadas en: A) Sujetos que recibieron atención odontológica en los servicios de salud que dependen de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA); B) Odontólogos que trabajan en los servicios de salud de la SEDESA y, C) Dos directivos de los centros de salud donde se realizaron las entrevistas.

Se concluye que los significados de la boca en México y en la Ciudad de México son dispositivos de poder que mantienen en subordinación a los sujetos de atención y no permiten romper la idea dicotómica de la enfermedad. La boca es un símbolo de poder si cumple la idea dominante de la estética, si no se alcanza esta condición, la boca significa minusvalía, pobreza y sumisión. Lo anterior, conduce a dinámicas de exclusión en la vida social, en la atención y en consecuencia en el ejercicio del derecho a la salud

Este complejo campo es objeto de disputa, negociación y de relaciones de poder, por lo que la boca puede ser, al mismo tiempo, un signo de salud, enfermedad, riqueza o pobreza, un medio de trabajo y una mercancía.

Abstract

Oral diseases have a high prevalence in Mexico and affect most severely to groups with worst living conditions due to their position in the social structure. Its effect accumulates throughout the life, causing functionality and development problems that affect eating, chewing, breathing, communication, and capacity development. The care systems and the current public policy have not been able to reduce the prevalence of these diseases since they are the result of a complex problem with multiple determinations. The living conditions and oral health of populations, care systems, dental practice and public policies are elements that are relevant to understand oral health problems as well as the meanings that people have of their mouth and their health.

When studying them carefully and in depth, each of these fields uses a different discourse and attaches different importance to both the mouth and oral health. For this reason, analyzing the meanings of the mouth and its health acquires a relevant role for a full understanding and the proposal of solutions in this area of health. This work aimed to identify the meaning of the mouth and health, in oral health programs and regulations in Mexico City, as well as for the subjects of care and for dental care professionals, accepting that the mouth —as part of the body— plays a transcendental role in all stages of life, during the individual and collective development.

The differences in the meanings that the subjects of care and dentists have regarding the mouth can prevent the timely use and adequate organization of health services, make invisible problems, as well as reproduce power relations and create or deepen inequalities. It is proposed that knowledge of the meaning of the mouth is useful for the design and development of adequate public policies in oral health.

In this work, the meanings of the mouth for the subjects of care, the dentists of the National Health System (SNS) in Mexico and for the oral health policies embodied in the Official Norms and the Oral Health Program were analyzed.

The research was carried out using a qualitative approach that included:

1. A documentary review and analysis of the content of documents related to the meaning of the mouth.

2. A discourse analysis —descriptive and critical— of the oral health policies embodied in the Official Mexican Standards (NOM) related to oral health and

3. A descriptive and critical discourse analysis of the Specific Action Programs (PAE) for the prevention, detection, and control of oral health problems from 2013 to 2018.

4. In-depth and semi-structured interviews, applied to: a) Subjects who received dental care in the health services that depend on the Ministry of Health of Mexico City (SEDESA); b) Dentists who work in the health services of SEDESA and, c) Two directors of the health centers where the interviews were conducted

It is concluded that the meanings of the mouth in Mexico and in Mexico City are power devices that keep the subjects of care in subordination and do not allow breaking the dichotomous idea of the disease. The mouth is a symbol of power if it meets the dominant idea of aesthetics, if this condition is not reached, the mouth means handicap, poverty, and submission. This leads to dynamics of exclusion in social life, in care and consequently in the exercise of the right to health.

This complex field is the subject of dispute, negotiation, and power relations, so the mouth can be, at the same time, a sign of health, illness, wealth or poverty, a means of work and a commodity.

ÍNDICE

Introducción.	12
I. Situando (me) desde la experiencia, la complejidad del campo odontológico.	17
II. Contexto histórico del problema	23
2.1. La salud bucal, utopía en las sociedades actuales.	23
2.2. La odontología, la formación profesional y la práctica odontológica en México.	24
2.2.1. La salud bucal como derecho y problema público en México: un pendiente vergonzoso.	24
2.2.2 Del campo odontológico al mercantilismo de la educación y formación del odontólogo en México	27
2.2.3 La práctica odontológica y sus sistemas de atención bajo el neoliberalismo.	31
2.2.4 La boca medicalizada y mercantilizada, las sinergias de la política neoliberal y la biomedicina.	33
III. Marco Teórico. La mirada teórica epistemológica para la construcción del objeto de estudio en salud colectiva.	35
3.1. Bases dialécticas para una comprensión de la complejidad biocultural de la salud bucal.	38
3.2 Desocultando epistémicamente las estructuras de poder y sus significados sobre el cuerpo.	40
3.3. La construcción social del cuerpo, hacia una semiótica crítica de la boca.	42
3.4 Bases semióticas para la comprensión del significado de la boca y su salud.	45
3.5. Hacia una comprensión del campo representacional y sus teorías en los estudios sobre la salud bucal.	49
3.6. Crítica de las formas simbólicas, como crítica de la ideología.	51
3.7. De la crítica de las formas simbólicas al análisis del poder en el discurso.	52
3.8. Hacia un análisis de los significados de la salud bucal	53
3.9. Valor de uso, valor de cambio, valor signo y valor simbólico.	56
IV. Delimitación del problema de investigación.	59
4.1. Hipótesis de investigación	62
4.2. Pregunta de investigación	64
4.3. Objetivos	64

Objetivo General	64
4.4. Objetivos Específicos	64
V. Metodología	66
5.1 Diseño del estudio.	66
5.2 Categorías metodológico-conceptuales.	67
5.2.1 El cuerpo y la boca	67
5.2.2. Los sujetos que reciben la atención odontológica	68
5.2.3. Los profesionales que prestan la atención odontológica en el sistema público	68
5.2.4. Las políticas públicas en salud bucal en la Norma Oficial y el PAE	68
5.3. Técnicas de recolección de información	70
5.4. Análisis de documentos	71
5.5. Análisis de las entrevistas	73
5.6. Contexto del estudio	75
VI. Principales hallazgos	76
6.1. Hallazgos encontrados entre los profesionales de la atención odontológica	79
6.1.1 La boca como símbolo de belleza, salud y enfermedad	79
6.1.2. La boca dentro y fuera del orden odontológico	81
6.1.3. La boca como cavidad bucal	83
6.1.4. La boca anatomo-fisiológica	84
6.1.5. La boca máquina	86
6.1.6. La boca-mercancía	88
6.1.8. La boca enferma, el horror a la patología	89
6.2. Hallazgos encontrados en los sujetos de la atención	90
6.2.1. La boca como símbolo de belleza, salud y enfermedad	90
6.2.2. La boca como símbolo de clase	91
6.2.3. La boca-herramienta	93
6.2.4. La boca como símbolo de poder	94
6.2.5. La boca como símbolo étnico	96
6.2.6. La boca como símbolo de género	98
	10

6.2.7. La boca y la sexualidad	100
6.2.8. La boca y la comida	103
6.2.9. La boca-dolor	105
6.3. Significado tiene la salud bucal para profesionales de la salud y los sujetos de atención	106
6.3.1. La boca como responsabilidad individual	108
6.4 Hallazgos encontrados en el Programa de Acción Específico y la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015	108
6.5. Significado de la boca para el Programa de Acción Específico (PAE)	109
6.5.1. La boca como cavidad bucal y la boca anátomo fisiológica	109
6.5.2. Significados de la boca para la norma. NOM-013-SSA2-2015	109
6.5.3. La salud bucal en la norma y el PAE	110
6.6. La salud bucal como mercancía	112
VII. Discusión y conclusiones	113
VIII. Referencias Bibliográficas	123
IX Anexos	131
A) Carta de autorización por parte de la Jurisdicción Sanitaria Milpa Alta, Benito Juárez.	131
B) Modelo de entrevista para odontólog@s.	133
C) Modelo de consentimiento informado	143
D) Modelo de entrevista para usuari@s.	146

Introducción.

Nuestras corporalidades expresan no sólo las estructuras biológicas que la conforman, sino también las marcas de la sociedad y el tiempo en el que nos desarrollamos. Esta cultura de los cuerpos y las bocas, no son aspectos colaterales para su conocimiento médico y su cuidado personal y social, al contrario, todos los padecimientos bucales son el producto también de transformaciones de los sujetos en sus culturas, y sus maneras de atenderlos también llevan los sesgos de sus mundos materiales y simbólicos.

Si en el último siglo la salud bucal ha sido hegemonizada por un complejo médico odontológico, esto se ha traducido también en un uso mercantilizado, instrumentalista e individualista de la salud bucal. En este trabajo propongo un abordaje de esta complejidad, sustentada en el enfoque de la Salud Colectiva, corriente de pensamiento que permite comprender los fenómenos de salud-enfermedad-atención-cuidado, desde una perspectiva transdisciplinaria compleja, teniendo como base el materialismo histórico (Marx y Engels, 1979)

Para la salud colectiva, la salud es un sistema complejo y multidimensional. Se asume, tanto en su nivel ontológico como epistemológico, como un proceso: el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado¹. La salud tiene determinaciones sociales complejas en los niveles económico, político e ideológico-cultural, lo que determina los significados de la salud en las diferentes dimensiones epistémicas y grupos poblacionales. Estos significados se ubican dentro de un campo de poder que relaciona permanentemente a dominantes y dominados; las significaciones del cuerpo son manifestaciones constantes de este permanente conflicto en el campo de la salud. Mi estudio se aboca al nivel de determinación ideológico-cultural, dimensión que articula de manera compleja diferentes disciplinas, modelos explicativos y expresiones empíricas de la realidad.

En el primer capítulo expongo los motivos para la realización del estudio a través de la experiencia vivida, aplicando el supuesto de una epistemología feminista: el conocimiento siempre es situado, y por eso la experiencia es punto

¹ El proceso salud-enfermedad-atención-cuidado es un proceso que corresponde a todas las sociedades y conjuntos sociales. (Laurell, 1986) Es histórico y tiene como dimensiones de desarrollo y estudio las dimensiones políticas, económica, e ideológico-cultural.

de partida para entender un problema de la realidad tan relevante como lo es la salud bucal. Es desde experiencia dentro del campo odontológico, que puedo mostrar una realidad de la salud bucal atravesada por relaciones desiguales de poder entre las personas y los capitales e instituciones estatales. Al desplegar algo de mi trayectoria en este campo se hace más concreto mi posicionamiento ético y político: posicionarnos por los afectados, y frente a los enfoques y discursos que abstraen, cosifican o mercantilizan las experiencias de los profesionales, los enfermos y las instituciones.

En el segundo capítulo desarrollo histórica y conceptualmente los elementos que forman y dan contenido al problema de conocimiento. Planteo a la salud bucal como una utopía necesaria para sociedades capitalistas como la nuestra, una utopía que convoca a comprender los discursos y las prácticas odontológicas, para comprender cuando éstas reproducen acríticamente los significados que el mercado impone. En este capítulo señalo los vacíos teóricos del campo y la falta de vigilancia epistemológica de sus concepciones, la inoperatividad de la práctica odontológica y de los sistemas de atención para atender la complejidad del problema. Abordo aquí la diferencia conceptual entre la odontología y la práctica odontológica y hago un relato histórico de la formación profesional en México. Con este desarrollo histórico se puede entender mejor la forma en que la práctica odontológica hizo sinergia con el capitalismo y el neoliberalismo global o regional, y el papel que han tenido la biomedicina y el patrón de acumulación neoliberal para asumir epistemológicamente a la boca y su salud como una mercancía imposible de pensar fuera del mercado, invisibilizando su carácter público e impidiendo que la atención bucal sea completa, integral, humana y a partir de la realización plena de derechos. En esta mirada histórica y desde el estudio de las políticas públicas (como instrumentos que el Estado aplica para atender los problemas de salud) se pueden también articular los significados de la boca con las omisiones y las luchas de poder del campo odontológico, que terminan por impedir o retrasar la atención efectiva de las enfermedades bucales.

Pese a las innumerables transformaciones tecnológicas que ha tenido el campo y las prácticas odontológicas, la complejidad de la salud bucal ha quedado colapsada en la explicación biomédica. Y es desde esta reducción perniciosa es que las políticas públicas se quedaron al margen de lo preventivo

individual, sin resolver de manera efectiva los altos índices de morbilidad, la fuerte demanda de atención y la deficiente distribución y regulación de los recursos humanos. El sometimiento del mercado sobre las prácticas en SB ha minado las condiciones para un abordaje colectivo y público de SB.

Como se desarrolla en dicho capítulo, la salud bucal se ha vuelto irrelevante para el Estado, y este descuido gubernamental la deja condicionada directamente a la capacidad de pago, al grado de dolor y al miedo a la atención. Para los tomadores de decisiones y el personal que proporciona la atención pública o privada, difícilmente son retomados y comprendidos los esfuerzos y dificultades que cada persona y población tiene para atender y comprender la problemática de su salud.

A lo largo de esta tesis busco mostrar que una parte importante de esta omisión estatal de la SB se debe a que no se reconoce el papel fundamental de la boca y su significado en la vida y el desarrollo integral de capacidades en las personas. Y justamente por esto, afirmo que estudiar los significados de la boca y la salud bucal puede permitir a los distintos actores sociales involucrados en esta esfera de la salud, comprender la diversidad de formas en las que los afectados viven su cuerpo y su boca, y la forma en que esto determina cualquier proceso e intervención en salud.

En el capítulo tres planteo los elementos teóricos que dieron origen a las preguntas de investigación y al planteamiento metodológico del estudio. Asumo a la salud en sus dimensión ontológica y epistemológica como un proceso biocultural complejo y multidimensional, determinado socialmente y que exige explicaciones y comprensiones a escala económica, política e ideológico-cultural. Es en esta última dimensión donde anclamos este estudio y donde posicionamos al análisis del significado como una herramienta teórica de la salud colectiva y a los significantes como dispositivos que hacen ser al objeto, otorgándole su carácter multívoco e histórico.

Para poder abordar esta dimensión ideológica cultural de la salud bucal, enmarco mi propuesta en la construcción semiótica del significado, esto es la comprensión del núcleo que compone a los significados, como estructuras dialécticas que resultan de la acción de los signos, de semiosis y de procesos de producción de sentido. Como veremos los significados tienen referentes y/o

significantes distintos que los llenan de contenido y para que puedan lograrse necesitan una serie de códigos compartidos y sistemas de representación, que se explican en la cultura a la que pertenecen². Por esta razón los significados pueden estudiarse en una amplia gama de campos culturales y expresan la interpretación de las formas simbólicas que se intersectan en contextos sociales y que circulan como discurso en el mundo social, en donde se establecen y sostienen formas de dominación³. Como veremos estos discursos en salud se sustentan en su carácter científico y experto como condición de verdad, y al irse volviendo discursos públicos, van configurando en distintos periodos históricos, el conocimiento, la práctica educativa y profesional sobre los desafíos de salud-enfermedad bucal.

Al usar el análisis de los significados podemos 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 discursos, pues el individuo produce subjetividades para las realidades de las que forma parte, como la significación de su cuerpo, su boca y su salud. Estas manifestaciones son históricas, determinadas por las relaciones sociales existentes y por los contextos económicos y políticos y es crucial poder comprenderlas.

De esta manera el capítulo III busca poner bases para una epistemología crítica de la salud bucal que prioriza el entendimiento de los modos en los que se reproduce la vida, a través de la comprensión cultural de la boca, sus padecimientos y su salud.

Este marco teórico e histórico nos permite particularizar y delimitar el problema de investigación, el cual se expone en el capítulo cuatro. Como ya se puede entender, los elementos centrales son la boca y la salud bucal, pero situados en el contexto mexicano, tanto en términos de condiciones de salud, políticas públicas, sistemas de atención, como en los significados de la boca y su salud en las estructuras simbólicas de estas prácticas. De aquí planteamos la

2 De esta manera y en este nivel de comprensión la cultura es un sistema de sentidos compartidos.

3 Discursos que son entendidos como entidades abstractas resultado de una producción de relaciones sociales de poder, por eso no se reducen a las interacciones que un sujeto que articula significados pues los sujetos están atravesados por un orden discursivo. Por esto el estudio de los significados se conecta con el análisis del discurso.

hipótesis de la investigación (Capítulo V) que propone un abordaje que nos permita explicar cómo las políticas públicas se redujeron al esquema preventivo individual, y cómo se precarizó o nulificó la atención pública y la canalización de recursos a esta necesidad social.

En el capítulo V se describe la metodología cualitativa que se asumió durante la investigación, propiciando un diseño reflexivo, crítico, flexible y profundo en su indagación, capaz de recuperar la narrativa de los significados de la boca y su salud e insertando y comprendiendo los significados pertenecientes a diversos discursos. Enseguida se señalan las técnicas de recolección de información, el análisis de textos gubernamentales y el diseño de la entrevista, describiendo los pasos que se siguieron para el análisis de cada una. Al final se enuncian los principios éticos que guiaron la realización de la investigación.

Para poder contrastar mis supuestos e hipótesis, en el Capítulo VI presento los resultados del análisis de contenido de los discursos de profesionales del sistema público de atención odontológica, de los sujetos de atención y de la política pública en salud bucal. Ahí podremos comprender las categorías primarias de interpretación, y cómo mediante la triangulación de los significados se generaron categorías secundarias y más complejas para recuperar los datos empíricos. Como veremos estas categorías articulan diversos esquemas de significados de la boca y su salud, insertados en un discurso y posiciones de poder, que nos permiten caracterizar mejor la manera en que se reproducen culturas y paradigmas sobre la salud bucal.

En el Capítulo VII discuto estos análisis y presento las conclusiones del estudio. Son apartados que buscan integrar la propuesta de este proceso investigativo, y mostrar la contribución que un abordaje ideológico-cultural de la boca puede aportar para comprender y visibilizar las prácticas odontológicas, abrir diálogos necesarios desde trabajos que evidencien el papel crucial y muchas veces pernicioso de las ideologías invisibilizadas de la salud bucal. Sólo atreviéndonos a escuchar esta complejidad simbólica de la boca, podremos comprender las rupturas epistemológicas que se requieren para cambiar este panorama adverso e injusto para las mayorías de los enfermos, sólo así podremos resignificar y generar nuevos referentes para nuestro cuerpo, nuestra boca, desde una expropiación ante el mercado, y reapropiación creciente de nuestros procesos de salud y enfermedad bucal.

I. Situando (me) desde la experiencia, la complejidad del campo odontológico.

La construcción del problema de investigación se basa en experiencias concretas en la práctica odontológica. Estas se vuelven el contenido del problema de conocimiento. Aquí se aplica el supuesto de una epistemología feminista, esto es, que el conocimiento es siempre situado: emerge desde un cuerpo de partida, desde un barrio de partida, desde una subjetividad encarnada y situada geopolíticamente. Por ello en este capítulo se despliega esta experiencia en el campo odontológico, tanto para mostrar los motivos que impulsaron esta tesis, como para explicitar mi posicionamiento ético y político frente a enfoques que abstraen y cosifican estas experiencias.

Soy mujer, madre, me identifico como afromexicana, trabajadora de la salud en el campo clínico-odontológico. Cada una de estas palabras me significa, y en ello se mezclan también las experiencias que contrastan los discursos abstractos de la odontología. Tanto la formación como la práctica odontológica se realiza desde estas marcas de género, clase, raza, y desde sus raíces y resistencias también. En mi caso se traduce en una experiencia profesional, hace más de veinte años inicié la formación como profesional de la salud, con muchas dificultades para acceder a la Universidad debido a la falta de recursos económicos. Comencé a estudiar odontología con amplias expectativas e inquietudes políticas; sin embargo, me enfrenté a una disciplina que no cobijaba mi modo de vida, debido que existían necesidades de comprensión no cubiertas y las exigencias de la formación técnica odontológica eran incontables. Debía contar con un excedente monetario para encajar en una disciplina que pretendía formar odontólogos para responder a las necesidades de atención de la población mexicana. Mientras estudiaba, trabajaba como asistente dental en consultorios privados, ubicados en zonas donde la población era de ingresos medios a altos. Es ahí donde observé la realidad de la atención dental, las relaciones asimétricas entre los odontólogos y las odontólogas, entre odontólogos y pacientes, entre odontólogos y asistentes, entre el odontólogo y los técnicos; la figura del odontólogo adquiriría una dimensión de Dios incuestionable.

En estos consultorios y clínicas no ocurría un proceso de negociación en cuanto a la capacidad de pago pues era evidente que las personas que asistían podían hacerlo. Esa realidad y experiencia de vida me condujeron a preguntarme ¿qué ocurre con las personas que no pueden pagar?, ¿cómo lo resuelven?, ¿qué haría si tuviera esa necesidad de atenderse en un lugar así?, ¿qué ocurre en los servicios públicos de salud?

Para el imaginario de los odontólogos con quienes hacía práctica privada, el sistema público no era una opción laboral; el sistema privado era el único camino para ejercer la odontología, y ejercerla en un lugar de altos ingresos significaba el éxito profesional. Fue con mi formación crítica no formal, que pude hacer una mirada empírica donde se observan las formas complejas de reproducción de desigualdades, ejercicios de poder e injusticias sanitarias, experiencias que sólo adquirirían un sentido al situarlos en el modo de producción capitalista y su cultura mercantilista. El malestar con esta experiencia privatizada de la salud bucal fue la que me llevó a buscar caminos que me permitieran entenderla y transformarla.

Empecé un camino en contracorriente en el que aprendía, de manera profesional y efectiva, las técnicas y procedimientos de la odontología restauradora de calidad. Sin embargo, dicha formación no respondía a la pregunta de ¿por qué las personas buscaban atención odontológica con la boca destruida? En la práctica, no era posible buscar la respuesta, ya que la dinámica de la formación académica me obligaba a preocuparme por utilizar las bocas de las personas como medios para acreditar las clínicas con buenas calificaciones; la exigencia era proyectar mecánicamente los conocimientos de la anatomía humana a personas que se movían, pensaban y sentían, con diferentes edades, mujeres, hombres, niños, adolescentes. Intervenir sus bocas era el objetivo, con el propósito de regresarles según la práctica odontológica, la función y en algunas ocasiones la estética. En este trayecto aprendí a regañarles y a culparles por su salud bucal, por sus enfermedades, por las intervenciones que estudiantes y profesores hacían en su boca, utilizando frases como “ya ve, por no venir”, “le advertí que se cuidara”, “eso pasa por no cepillarse”, “pero siempre vienen hasta que les duele”, “pero esto es culpa de la mamá por no cuidar bien a sus hijos”; después del regaño seguía la promesa, “pero a ver, abra la boca, vamos a ver qué podemos hacer”. El poder del orden odontológico era incuestionable.

A pesar de mi desacuerdo con los esquemas de trato a las personas, mi posición era marginal, y no había espacios donde mis críticas pudieran canalizarse, ni mucho menos formas para traducir mi indignación por lo inhumano de la práctica, por el trato desigual a los pacientes y el de los profesores de la Facultad hacia alumnas y alumnos.

Al mismo tiempo que asistía a clases participé en espacios de formación crítica donde reflexionaba acerca de lo poco que los dentistas sabían de política, de lo que pasaba en la Universidad, del Estado y sus gobiernos, en general de lo que ocurría en el país. De manera autónoma y con otros compañeras y compañeros con pensamientos afines, asumí la tarea de participar en brigadas multidisciplinarias en la sierra Norte de Hidalgo, durante el movimiento estudiantil de la UNAM (1999) y hasta el 2004, donde era evidente el abandono gubernamental, pues en estos territorios existían personas con sueños y vidas. Participando con otros alumnos y pasantes de medicina, odontología y veterinaria de la Universidad Nacional Autónoma de México, buscamos llevar atención a las comunidades en donde no existían servicios de salud. La realidad desbordó las buenas intenciones, enfrentamos diagnósticos de innumerables casos con pocos pronósticos positivos, a pesar de ello, logramos adaptar el trabajo a algunas necesidades de las comunidades realizando comités de salud que coordinaban mujeres; ahí mis inquietudes se convirtieron en una constante búsqueda de respuestas desde modelos y prácticas, y no sólo desde la subalternidad académica.

¿Cómo entender que todo lo aprendido en la carrera de odontología se volvía inoperante en esos lugares?, lo que para la práctica odontológica significaba éxito tecnológico para hacer más y mejores tratamientos en esas comunidades era imposible. La brigada logró hacer una odontología comunitaria que nunca me enseñaron a generar, que ni siquiera era contemplada en la estructura curricular de la carrera, ni en las prácticas profesionales que se ponían como requisito para obtener el título.

Lo concretas y lo complejas que resultaban las necesidades en salud bucal desde una práctica crítica, demandaban explicaciones desde otros marcos teóricos, ya que la disciplina odontológica se sostenía por una preeminencia del conocimiento biomédico y de la técnica privada, sin cuestionarlos, sin desafiar sus mandatos disciplinares, pero, sobre todo, sin atender de fondo los problemas

fundamentales de la salud y del proceso salud enfermedad bucal en países como México.

En las etapas finales de mi licenciatura, me decanté por el estudio de la educación para la salud, pensaba que ahí encontraría respuestas a todas mis dudas y críticas a la formación académica odontológica, al abandono Estatal de poblaciones empobrecidas y epidemias bucales sin resolver. Encontré algunas respuestas, sin embargo, la mirada de la disciplina odontológica, con el poder y hegemonía que esto significaba seguía sin poder ser criticada de fondo. Fueron los estudios culturales la vía para comenzar a dar una explicación teórica a mis inquietudes, especialmente las que tenían que ver con el lenguaje y la comunicación. Suponía que las personas que eran atendidas no eran escuchadas respecto a lo que sentían y pensaban y por ello, no eran consideradas por los profesionales de la atención odontológica, no eran personas sujetas de derecho porque no sabían que lo eran y porque los profesionales no las trataban así; no existían códigos compartidos, porque los significados de la atención del cuerpo y de la boca eran muy distintos para quienes atendían y para quienes eran atendidos.

Durante la elaboración de la tesis de licenciatura pude dilucidar algunas dudas bajo otras perspectivas, con ayuda de profesoras que tenían un pensamiento crítico en la Facultad y fuera de ella y con la ayuda de los talleres autogestivos de marxismo, ciencias sociales, ética, estética, semiótica y el trabajo en la Asociación de Cineclubes Universitarios. Me titulé con la tesis llamada “La cultura como propuesta metodológica en Educación para la Salud: su aplicación en el documental didáctico”. Su propósito era introducir el pensamiento crítico a través del concepto de cultura para reconocer el carácter social de la educación para la salud, de la profesión, pero también para acercar la práctica odontológica a la realidad social de las personas que padecen enfermedades bucales. En la realización del documental producto de la tesis, se evidenció la distancia y el alejamiento entre el discurso odontológico y lo que las personas en condiciones de vida precaria pensaban acerca de sus padecimientos bucales. El camino de la investigación me llevaría a encontrar respuestas a una serie de vacíos que existían entre el conocimiento popular y el pensamiento de los profesionales y sus relaciones con el Estado y sus gobiernos.

En 2004 inicié mi trabajo de Servicio Social en una escuela primaria al sur de la Ciudad de México y empecé a familiarizarme con la población y sus necesidades de atención odontológica. Las necesidades en salud bucal eran inmensas, atendía a 20 pacientes pediátricos por día, de entre 3 y 12 años, todos con problemas de gingivitis y caries avanzadas. Restaurar era lo único que parecía poder hacerse. Sin embargo, se implementó un programa de salud educativo, aunque nunca se supo el verdadero impacto que este tuvo, durante el año de servicio no hubo intervención de ningún tipo por parte del Estado, el programa de acción específico no tuvo ninguna acción concreta en beneficio de esa población. No obstante, el carácter público y de asistencia que caracterizaba al Servicio Social, reproducimos las mismas prácticas que en las clínicas de atención privada. Asimetrías y desigualdades eran explícitas en la práctica, las diferencias entre ser odontólogo hombre y odontóloga mujer, la discriminación por la condición de clase que se les hacía a los niños por parte de los pasantes, si olían bien o no, si eran agradables físicamente para ellos o no, el regaño a las madres antes de cualquier orientación, frases como “cochinas miren como traen a los niños”; ”pero señora, ¿que no sabe que la caries es una infección que ocurre por no lavarse los dientes?” y al comentar con otros pasantes, ese poder los identificaba como odontólogos: “pero qué asco, ¿viste la boca de la niña? pobre... ¿Qué esperabas? La mama no tiene dientes y huele horrible”. No les interesaba saber porque el juicio y la individualización de responsabilidades eran lo normal y lo habitual. La vida cotidiana, el acceso a los servicios, las diferencias culturales y en general el marco de la determinación social de la salud no figuran en las prácticas de los profesionales.

Las dudas en cuanto al quehacer del Estado para mejorar las condiciones de salud bucal de la población mexicana comenzaron a formar parte de una larga lista de preguntas. Comencé a realizar práctica privada con todas las contradicciones que conocía, lo hice en el mismo territorio donde concluí el Servicio Social, conocía las necesidades en salud bucal, sabía que en ese lugar la negociación por la capacidad de pago sería cotidiana. La dignidad humana, la ética y la responsabilidad me llevaron a un ejercicio profesional desde otra perspectiva, por encima de las presiones del mercado de materiales y el complejo médico odontológico.

En 2011 me involucré en un proyecto de educación para la salud en un jardín de niños, investigando las condiciones de salud bucal de los preescolares, y lo que se pensaba de ello. Niños de 3 años presentaban las enfermedades bucales más recurrentes, habían pasado por episodios de dolor en la boca periódicamente sin posibilidad de ser atendidos, por la falta de recursos económicos —la realidad de los niños y sus familias es otro de los motivos para la actual investigación—, ahí se construyó un programa de salud bucal para madres y cuidadores de los preescolares, manuales de cuidado en salud bucal, en nutrición, talleres de percepción en salud y enfermedades de la boca. El proyecto concluyó con una tesis de maestría en Medicina Social titulada “*Respuestas culturales en salud bucal de madres de preescolares*”, aprendió a mirar y a escuchar a otras y otros y a entender que había un mundo por explorar y cambiar desde su ser como trabajadora de la salud.

Un mundo de micro-resistencias y micro-libertades en la disciplina odontológica han impulsado este trabajo de tesis doctoral, de alguna manera el objeto de estudio ha sido la salud bucal, entendido en un marco complejo y multidimensional, en contacto con una realidad enorme de explorar. Actualmente me propongo estudiar a la boca a través del cuerpo y de esa manera descubrir la salud, como una invitación a hacer transdisciplina y a transformar la episteme de las y los colegas, a colocarse fuera y dentro de la disciplina como seres sociales y a proponer desde la salud colectiva alternativas y miradas nuevas para resolver problemas que son eminentemente sociales.

Parece claro que está dentro de la cotidianidad de la disciplina odontológica, de las injusticias, y desigualdades que ahí se reproducen y que no son otra cosa que el reflejo de las desigualdades de género y muestras de clasismo y racismo que existen en México. Posiciono mi actuar ético político en la defensa de los derechos y por el restablecimiento de la dignidad humana dentro y fuera del orden odontológico, motivando a la resignificación de nuestro cuerpo y de nuestra boca y a la apropiación de nuestros procesos de salud y enfermedad.

II. Contexto histórico del problema

2.1. La salud bucal, utopía en las sociedades actuales.

Debido a la influencia que la mirada biomédica ha ejercido durante siglos sobre todos los saberes relacionados con la salud, la salud bucal (SB) se asocia directamente con las enfermedades bucales, y sus referentes conceptuales — expresados en los documentos de los organismos internacionales y nacionales encargados de su estudio y atención— la representan básicamente como la ausencia de enfermedades. Bajo este sesgo se entiende actualmente a la salud bucal en México, lo que se expresa claramente en la práctica clínica, la vigilancia epidemiológica y el diseño de políticas y programas instrumentados por el Estado. Por esta razón, aunque el apartado se refiere a la salud bucal, los referentes empíricos que se presentan aquí son básicamente enfermedades.

En las últimas décadas en México las instituciones educativas y de salud han realizado un esfuerzo por proporcionar información cada vez más detallada sobre las enfermedades bucales. No obstante, los datos nacionales sobre algunas enfermedades bucales de menor prevalencia en la población y determinados grupos sociales son insuficientes. La mayor parte de los datos que se presentarán en este apartado derivan de las encuestas nacionales que desde hace 10 años se organizan a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles (SIVEPAB), coordinadas por la Secretaría de Salud y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

Las enfermedades bucales de mayor prevalencia, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, son la caries dental y la enfermedad periodontal; las de frecuencia media son las anomalías cráneo-facio-dentales y maloclusiones; las de frecuencia variable son el cáncer bucal, las alteraciones de tejidos dentales, los traumatismos maxilofaciales y la fluorosis dental.

México es un país con alta prevalencia de enfermedades bucales como la caries, que en 2012 se estimaba que estaba presente en 97% de la población en países desarrollados. En México la caries dental afecta al 87% de la población que acude a los Servicios de Salud (Secretaría de Salud, 2019). Esta enfermedad es considerada como uno de los principales problemas de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia en todas las regiones del mundo. La población

con menores ingresos, que ocupa las posiciones más bajas en la estructura económico-social, es la que se ve afectada con mayor severidad. Existen antecedentes de caries dental en niños menores de 3 años, 7 de cada diez preescolares presentan la enfermedad. Los índices muestran que la presencia de enfermedad aumenta con la edad, a los 19 años 6 a 7 dientes están afectados y se han perdido por lo menos dos dientes al cumplir 34 años, a los 65 años se han perdido de 10 a 11 dientes y se sigue presentando caries (Secretaría de Salud, 2019). La caries dental, las periodontopatías y el cáncer bucal son enfermedades irreversibles y son de las cinco enfermedades con más demanda de atención en el país, sus efectos se acumulan en las diferentes etapas de la vida ocasionando problemas de funcionalidad y desarrollo que repercuten en la alimentación, masticación, respiración, comunicación, y desarrollo de capacidades en general.

En México, como en todos los países de América Latina, los índices de estas enfermedades son elevados (Secretaría de Salud 2019), sin embargo, la importancia que como sociedad se da a la salud bucal es mínima, permitiendo con ello que éste componente en salud sea asociado en documentos oficiales a costos elevados que ignoran su importancia, lo que permite la dilución de la responsabilidad del Estado en su atención, cuando éste, es responsable y debe buscar la disminución de las brechas en salud, incluida la salud bucal.

A diferencia de países como Brasil o Colombia, en México se cuenta con información limitada sobre la magnitud de los principales problemas bucales, pues las cifras antes mencionadas solo recogen la información de las personas que acuden a los sistemas de atención pública, los sistemas privados no están obligados a reportar el comportamiento de las enfermedades bucales (Mendoza y Borrero, 2015).

2.2. La odontología, la formación profesional y la práctica odontológica en México.

2.2.1. La salud bucal como derecho y problema público en México: un pendiente vergonzoso.

El proceso salud-enfermedad-atención bucal es una preocupación de la salud colectiva. Este proceso se inscribe en la complejidad de una realidad

determinada por el orden económico, la globalización y el neoliberalismo, que también han modelado a la odontología, aunque no siempre sea evidente.

En el caso de México, desde principios del Siglo XX la odontología se adscribe a una visión empresarial de acumulación de capital. Con el desarrollo del Complejo Odontológico Industrial⁴ (Forero, 2016), y su estrecha relación con la práctica odontológica, el mercado ha definido el valor de la atención, y con ello el valor de la boca y su salud.

Sin la intervención del Estado en la definición de políticas públicas justas, los sistemas de atención y formación de recursos humanos no tienen ninguna posibilidad de considerar a la salud bucal como una capacidad, un derecho o un bien público. La odontología y la práctica odontológica se subordinan a la atención privada y en consecuencia al mercado, al Complejo Odontológico Industrial (COI). Esto hace que la salud bucal se convierta en una utopía, pues no son consideradas las necesidades de salud de la población, que importan menos que las necesidades del mercado y sus ganancias.

Como se ha señalado, la salud bucal es un fenómeno complejo que tiene múltiples determinaciones. Por ello es necesario revisar las políticas, pues sus significados de salud están anclados en la biomedicina desde principios del siglo XX y que hasta hoy no se han modificado. Estas significaciones de salud bucal siguen basándose únicamente en la naturaleza biológica, dicotómica de la enfermedad, lo que impide que pueda concebirse como un bien social, un objeto colectivo y un derecho. Esto también provoca problemas éticos para la práctica odontológica, pues la atención está inmediatamente relacionada con el costo, el dolor y el miedo a la atención. El mercado transforma a los pacientes en consumidores o clientes, y a los profesionales en mediadores funcionales para los fines de lucro, la reproducción de la enfermedad y el uso intensivo de tecnologías e insumos, aunque esto no siempre resulte evidente para ellos.

En una perspectiva histórica, la Práctica Odontológica (PO) se afirma a lo largo del siglo XX desde un enfoque liberal, mayoritariamente privado, curativo y restaurativo (PAE, 2018). En 1943 México se integra al sistema de Salud

⁴ Este concepto es una extensión del concepto *Complejo Médico Industrial*, que consiste en una extensa y eficiente red de corporaciones privadas dedicadas a actividades en sectores primarios y secundarios de la economía, con integración vertical y horizontal, cuyo propósito principal es obtener ganancias a partir de la explotación de patologías, la mercantilización y corporativización del campo de la salud.

Público, generando asalariados del Estado, en ese mismo año surge la Asociación Dental Mexicana (ADM), como un síntoma de la consolidación de un campo privado de esta práctica clínica⁵. En 1980 la PO se vuelve un mercado profesional odontológico gobernado por la oferta exagerada, y la demanda insatisfecha de atención pública y privada. Muy pocas políticas públicas emergieron en ese periodo neoliberal en México, en 1988 se establece la Norma Oficial Mexicana NOM-F-8-1988 que refiere a la fluoración de la sal; entre los años 1993 y 1994, mediante la NOM-013-SSA2-1994, se establecen criterios para la prevención y control de las enfermedades bucales. La PO adquiere rasgos neoliberales en la década de los 1990, cuando el Estado neoliberal se hace hegemónico en México, instaurando el principio de que la salud es responsabilidad de los individuos y de las familias, no del Estado.

Para los años 2000 y 2001, la OMS promueve las metas en salud bucal y por ello en México se realiza la Encuesta Nacional de Caries Dental. Entre los años 2001 y 2006 se plantea el Programa de Acción en Salud Bucal, en el marco de la Política Nacional de Salud. No es sino hasta 2008 cuando se crea el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB), y a partir del 2006 funciona el Plan Nacional de Salud Bucal y su Programa de Acción Específico.

Basta redimensionar este largo trayecto que ha tenido la incorporación de la salud bucal como problema de salud pública con responsabilidades estatales, para mostrar los desafíos epistemológicos y políticos que se han tenido para entender a la salud bucal como problema público. Es así como para finales de siglo XX, la boca se ha transformado en México y a nivel mundial, como una parte del cuerpo con grandes expectativas comerciales, como una fuente de necesidades por mejorarla y por lo tanto como un negocio para privatizar la atención. El acceso a una atención odontológica completa estará condicionado por tener ingresos económicos, y si la mayoría de los mexicanos destinan la mayor parte de su ingreso a la sobrevivencia más inmediata, se abre una fuente incesante de exclusión a la salud bucal. Aunado a esto el limitado servicio

⁵En México, a mediados del siglo XX, pocos profesionales se ocupaban de los problemas de salud más apremiantes del país; la naciente seguridad social instituida mediante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), prestaba en sus unidades aplicativas un servicio dental limitado y centrado en el modelo latente aún de la reparación y restauración abstracta.

público de atención en salud bucal, quedará restringido a servicios básicos: profilaxis, restauración con resinas y amalgamas y extracciones, generando exclusión a quienes no pueden optar por la atención privada más especializada. Es aquí donde se puede vislumbrar el grave problema ético que se presenta cuando la responsabilidad de proporcionar condiciones saludables para el mejoramiento de la salud es abandonada por el Estado, permitiendo que el COI trate a la boca y su salud como un negocio a escala planetaria.

2.2.2 Del campo odontológico al mercantilismo de la educación y formación del odontólogo en México

Como puede verse, la conformación de la odontología, como campo, implica una diversidad de actores que trasciende la esfera inmediata del médico y el paciente; se trata por el contrario de una red de relaciones entre sus practicantes (profesionales de la atención odontológica), enfermos, familias, los gobiernos — a través de sus leyes y programas sociales en salud— y los mercados nacionales e internacionales, representados por seguros privados y compañías farmacéuticas, cosméticas, biotecnológicas y de materiales dentales (Abadía Barrero, 2006) .

La práctica odontológica en cambio son las actividades que realizan los profesionales de la atención odontológica para diagnosticar, llevar a cabo tratamientos terapéuticos y practicar la promoción de la salud. Tiene dos campos⁶: la formación y la práctica clínica. La primera se refiere a los procesos centrados en las instituciones académicas para la formación, capacitación, actualización y reclutamiento de las personas (este campo comprende, de manera destacada, al sistema educativo). La segunda vertiente, la práctica clínica, se refiere a las actividades que realizan las personas formadas en el campo odontológico, en el espacio laboral y profesional como parte de su actuar cotidiano en salud (Jarillo Soto y Guinsberg, 2007) . En esta práctica se simbolizan una cantidad importante de relaciones de poder, representaciones y significados culturales (Foucault et al., 2016).

⁶ En este trabajo no retomo la categoría de campo de Pierre Bourdieu, que articula otras dimensiones igualmente importantes en el análisis de lo práctico, en específico el tema de las autoridades, capitales y estructuras de significación. Sin embargo, en este trabajo decidí abordar una noción más semiótica del campo, dado que nos permite ir avanzando poco a poco en la complejidad de la cultura que la odontología despliega.

La profesión odontológica busca, desde la terapéutica, corregir problemas de salud bucal, pero sus límites epistemológicos, subordinados a la lógica del mercado, han permeado en un descontrol en cuanto a la oferta y demanda en formación de los profesionales, y en las dificultades que presentan en sus campos de trabajo. Así, a pesar de existir una cantidad mayor de odontólogos existen más problemas de salud sin resolver, la necesidad sigue sin atenderse.

Y es que a pesar de que la práctica y la profesión odontológica han detentado un poder único y exclusivo para entender el comportamiento de las enfermedades bucales, lo han hecho sin captar la complejidad social de estos problemas de salud —y, por lo tanto, otros significados— por lo que su respuesta ha quedado limitada a evitar dolor, sufrimiento y rehabilitar el daño, convirtiendo la intervención en salud en objeto de mercantilización, generando un rezago en la atención y propiciado que las personas se vuelvan consumidores de productos de higiene dental sin que esto se refleje en mejores condiciones de salud (López y Lara, 2002).

En México, la mayoría de los profesionales en atención odontológica están destinados a realizar prácticas privadas. Las políticas públicas no han regulado la formación de profesionales para articularla con las necesidades de la población y los sistemas de salud público y privado, para con ello abrir camino a la solución de este problema. La formación de profesionales en Odontología se encuentra así en un momento crítico, en tanto que se soslayan las necesidades para centrar los problemas en la pertinencia de las competencias, la flexibilidad laboral, la capacidad de colaboración con la industria y su relación con el mercado laboral, que se vuelven los últimos criterios para entender cuáles son los conocimientos/habilidades que el mercado laboral actual demanda de los odontólogos en formación. La profesión se ha centralizado con esto en atención de lesiones y no en abordaje complejo de enfermedades, mucho menos en aplicar acciones para prevenirlas (Sánchez-González et al., 2009).

La enseñanza de la odontología que se realiza actualmente en más de 120 Instituciones en todo el país generalmente sigue programas académicos que buscan reforzar el modelo dominante de la práctica odontológica (López Cámara, 2013). La mayoría de estas escuelas son privadas y tienen al lucro como uno de sus objetivos. Estas escuelas son las que orientan el modo de operar de la

práctica de la profesión y reproducen el modelo biomédico y neoliberal⁷. Forman egresados con conocimientos y habilidades que responden a las necesidades mercantiles, limitándose a realizar odontología restauradora, sin fomentar el desarrollo de conocimientos que les permitan incidir en las necesidades de salud bucal.

Los significados del cuerpo, de la boca y de la salud bucal, parecen seguir el orden odontológico (Clavreul, 1978) es decir un orden que excluye la manifestaciones y necesidades no solo biológicas sino sociales de diversidad de sujetos y colectivos. Esto genera que las poblaciones con más desigualdades en sus perfiles de enfermedades bucales y de atención, no aparecen como actores importantes en los objetivos de la formación profesional, pero tampoco en el diseño de políticas públicas.

De 1970 a 2012 se incorporaron al mercado laboral aproximadamente 10 mil nuevos graduados de odontología, sumándose a los más de 150 mil existentes, los cuales se concentran mayoritariamente en el centro del país, específicamente en la capital y en otras ciudades cercanas. Para ese periodo se contabilizaron 8 odontólogos por cada 10 mil habitantes (Novelo-Arana et al., 2013)

El aumento del número de odontólogos por año favorece el desarrollo empresarial comercial de la práctica profesional y aumentan las desigualdades en las condiciones laborales del profesional. Los pacientes y las poblaciones sujetos de atención, especialmente las más vulnerables, sufren las múltiples dificultades de acceso espacial a la atención, el aumento de costos de los servicios y, la pérdida de autonomía del profesional; esta situación ocurre en Colombia, en México en América Latina y en distintos países del mundo (Morales Borrero, 2021).

Así, la formación y la oferta de servicios odontológicos se ha incrementado, pero sin considerar el número de profesionales que se requieren para enfrentar las necesidades en salud bucal a diferentes contextos más allá del centro y de la

⁷ El enfoque biomédico y la sinergia que hace con el neoliberalismo resultan en un entramado que potencia a la salud y al cuerpo como una mercancía. Las instituciones públicas más importantes del país en la formación de profesionales en odontología se han convertido en los centros de investigación de las principales empresas farmacéuticas y de materiales dentales, que justifican la investigación en aras del mejoramiento de la salud bucal de la población mexicana.

esfera privada, donde habita la mayoría de la población, con menos recursos y con urgentes necesidades de atención (López Cámara, 1999).

Al describir, analizar y comparar los modelos utilizados en México para la evaluación de programas de licenciatura en Odontología, López Cámara encontró que las recomendaciones —tanto de las propias escuelas como las de los organismos evaluadores externos— no han sido de utilidad para mejorar los perfiles de salud bucal de la población mexicana (López Cámara, 2003). Por el contrario, la enseñanza odontológica en México sigue una tendencia a mantener una enseñanza poco flexible, métodos educativos tradicionales y falta de formación pedagógica de sus profesores

Es importante considerar, para la política pública, que entender las relaciones y brechas entre la oferta y la demanda de los dentistas en el país es fundamental, pues alrededor de 10 mil nuevos dentistas se gradúan cada año buscando un lugar en el mercado de trabajo⁸. Sin embargo, el aumento del número de dentistas que entran en el mercado de trabajo está más relacionado con el mercado educativo que con las necesidades de salud de la población y el número de dentistas requeridos para satisfacerlas (González-Robledo et al., 2012)

La privatización se acentúa en la medida en que aumenta la subcontratación y bajos salarios de los trabajadores del sistema de salud privado quienes, para complementar su salario, se convierten en intermediarios entre la industria farmacéutica y la demanda del cliente, distribuidores de medicamentos y medicación. Los trabajadores se ven sometidos a controles sociales disciplinarios como el control del pago por su trabajo —denominado salario— la distorsión y manipulación de su consumo y el control de su salud (Esposito, 2005)

Esta predominancia de la atención bucal privada responde a una distribución desigual y no regulada de la profesión, lo cual es el efecto de paradigmas epistemológicos e institucionales. En más de un siglo de su ejercicio, la sociedad ha financiado la educación pública de estos especialistas a través del Estado, que

⁸ En la segunda mitad del siglo pasado este modelo de formación fue apoyado con recursos públicos al tener acceso a tecnología de punta e intercambio científico, pero para el ejercicio de poco más de 1,500 profesionales, quienes tenían éxito socioeconómico garantizado; la demanda del trabajo supera la oferta, pero la profesión odontológica continuaba alejándose hacia el estrecho individualismo de los consultorios. Lo mismo sucedía en los centros de salud y los hospitales de la Secretaría de Salud. Las políticas públicas en salud bucal no han sido temas de importancia en ninguna de las esferas de la práctica gubernamental.

con un paradigma biologicista y con muy pocas reflexiones acerca de los determinantes sociales de los procesos de la salud/enfermedad bucal, han ejercido su profesión de manera desarticulada con las necesidades concretas de atención para poblaciones que padecen enfermedades bucales prevenibles y azoradas por círculos laborales de explotación, precarización de ingresos recibidos y la jerarquización de los gastos (Medina-Solís et al., 2006)

La práctica odontológica en México expresa muchas de las notas del neoliberalismo: una forma individualizada de entender a la salud y responsabilizar a los pacientes de sus enfermedades. Los pacientes se convierten en consumidores y el acceso a los servicios de salud dental se ve limitado por dinámicas mercantilizadas en las que el Estado no tiene mayor injerencia.

De poco sirve reconocer a la salud bucal es parte fundamental de la salud integral (en ella se encuentran los significados de la boca y del cuerpo, los significados del desarrollo profesional), si no se traduce en la transformación del campo odontológico, empezando por el reconocimiento de los vacíos teórico-prácticos que se sostienen en la formación y en la práctica de los profesionales, en los abordajes epidemiológicos y en políticas públicas en esta materia. La necesidad de la odontología (educativa y de salud) en México no es prioridad para el Estado, no está contemplada como una prioridad en las políticas de salud, ni es parte de las acciones básicas de sus servicios, por lo que el modelo de atención odontológica privada, limitada a la restauración y sin enfoques preventivos, se fortalece con la omisión histórica por parte del Estado Mexicano.

2.2.3 La práctica odontológica y sus sistemas de atención bajo el neoliberalismo.

El sistema de salud mexicano se configura históricamente por tres subsistemas de atención: el de seguridad social, ligado al empleo formal; los servicios para población “abierta”; y el sector privado.

El sector público fue generando una compleja red nacional de servicios los cuales incorporan gradualmente a la población a la atención médica. Sin embargo, desde 1982 la subordinación global neoliberal a la que se adscriben los sucesivos gobiernos en México implicó el desmantelamiento de las instituciones públicas y la imposición de una visión minimalista del Derecho a la Protección de la Salud,

que promueve activamente la conformación de mercados capitalistas de servicios médicos (López-Arellano y Blanco-Gil, 2001).

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 ionómero de vidrio y extracciones. Su calidad depende de cada programa, de la disponibilidad de odontólogos por unidad y de los insumos disponibles (Secretaría de Salud, 2019).

Para el caso de los sistemas de atención privada, los usuarios de estos servicios se ven obligados a 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 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, donde la boca es una mercancía (Forero 2016). Los propios trabajadores del sector público saben que sus posibilidades económicas son mayores en un campo privado donde pueden negociar con la capacidad de pago de las personas y por eso, en muchos casos, combinan las consultas privada y pública para obtener mayor ganancia.

Como puede verse la práctica mercantilizada se simbolizan en una cantidad importante de relaciones de poder, representaciones y significados culturales (Rocha 2008) que sólo acentúan que las personas se vuelvan consumidores de productos de higiene bucal sin que esto se refleje en mejores condiciones de salud bucal (Santos-Madrigal, 2021), la salud queda reducida a significados de ausencia de enfermedad y sinónimo de belleza, buena presencia e imagen, con altos costos y gastos para la sociedad (Jiménez-Gayosso et al., 2015)

2.2.4 La boca medicalizada y mercantilizada, las sinergias de la política neoliberal y la biomedicina.

La práctica odontológica es una profesión que se desarrolló paralelamente con el capitalismo en México. Desde su nacimiento es liberal, nace con el mercado. El inicio y primeros desarrollos de la institucionalización de la profesión Odontológica ocurren en el contexto de la segunda revolución industrial. La institucionalización se inicia en Baltimore, Estados Unidos a finales del siglo XIX, desplazando a Francia y a la influencia de la escuela europea en el desarrollo de la profesión, que da lugar junto a la medicina, a lo que se ha denominado la odontología moderna, durante todo el siglo XIX⁹.

En Baltimore los primeros avances se dan en un colegio, en medio de lo que Malvin Ring (experto a nivel mundial en la historia de la odontología) ha llamado “una guerra de patentes” en donde odontólogos empresarios desarrollan técnicas, instrumentos, materiales para la atención y restauración dental destinados a ser fabricados y comercializados en el capitalismo industrial de la época.

En medio de este auge inicial de inventos y patentes, tiene lugar un fenómeno de mercantilización de equipos, instrumentos, insumos y literatura. A la larga, esto eleva el costo de la atención, debido al uso de técnicas calificadas, especializadas y patentadas en una lógica de liberalización de la economía que traslada el pago del costo al paciente, el que debe tener capacidad de compra y de pago. Se desarrolla entonces un mercadeo de patentes, así como la necesidad de institucionalizar la enseñanza odontológica.

En América Latina, la instauración del paradigma centrado en la atención privada y mercantilizada ha sido diferenciado. En uno de los pocos estudios que existen respecto de la política sanitaria en enfermedades de salud bucal se muestra que en México, Brasil, Colombia y Ecuador, la odontología clínica y de mercado seguía siendo hegemónica durante la década de 1970, y la odontología sanitaria se reducía al sistema incremental, a la odontología preventiva y social-

⁹ Cabe recordar que, a lo largo de los últimos casi dos siglos, la odontología fue retomando los aportes teóricos realizados por diversos campos científicos como las ciencias biológicas y sociales, -vale la pena destacar entre ellos los aportes del médico francés del siglo XVIII Pierre Fauchard- adquiriendo una base científica que paulatinamente les ha acercado a las ciencias modernas.

simplificada, o a una mezcla con prácticas comunitarias (Ruiz Mendoza y Morales Borrero, 2015b)¹⁰.

Para el caso de México las estrategias políticas en salud pública bucal pueden resumirse en dos: a) la primera, de intervención poblacional para disminuir caries dental por medio de la fluorización de la sal de mesa (Maupomé Cervantes et al., 1995), que está comprobado que disminuye su aparición; b) la segunda, que 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 que intentan incidir en los cambios de comportamiento de las personas —sin conocer la forma en las que estas significan su boca y su SB— focalizadas, además, en poblaciones vulnerables (NOM-013-SSA2-2015) (Medina-Solís et al., 2006). No hay en dichos ejes, un abordaje de la salud bucal que pueda comprender la complejidad que esconde cada padecimiento bucal, más allá del dominio biologicista.

La mayor parte del progreso de las especialidades odontológicas se ubica en su desarrollo biotecnológico, y la modificación de sus bases conceptuales y epistemológicas a dicho progreso. Según el *Consejo de Competitividad Europeo*, la biotecnología es una de las áreas de la economía de mayor importancia y desarrollo, igual que otras tecnologías derivadas de la informática, la microelectrónica, la telecomunicación, la robótica y los nuevos materiales (Ayestarán, 2007). El progreso en tanto potencial de la industria biotecnológica condiciona y transforma el mercado laboral, haciendo que las especialidades sean en función de este progreso y reduciendo la formación a un agregado de valor económico durante la producción de conocimiento, es decir el “capitalismo cognitivo” en el mercado laboral odontológico. En este sistema el conocimiento es el principal activo de la industria y su valor estriba en su privatización, bajo figuras como las patentes. La industria desarrolla intereses comerciales que orientan el accionar de la medicina y la odontología privilegiando el movimiento de la economía con los productos de innovación, sin intervenir sobre los determinantes de las inequidades del proceso salud-enfermedad-atención, con efectos sobre el bienestar de las comunidades (Forero 2016). La boca es

¹⁰ El escaso cambio hacia una odontología socializada como mencionan (Ruiz Mendoza y Morales Borrero, 2015), se explica por el mantenimiento del poder económico y político de las fuerzas monopólicas vinculadas al capitalismo cognitivo y neoliberal, que lucran con los desarrollos tecnológicos, las innovaciones y los insumos.

mercantilizada desde estas esferas, y las bases epistemológicas de la biomedicina se combinan con el neoliberalismo, que potencia a la boca y su salud como una mercancía y la aleja de ser un bien social.

III. Marco Teórico. La mirada teórica epistemológica para la construcción del objeto de estudio en salud colectiva.

A lo largo de su vida los seres humanos experimentan diversas formas de significar al mundo mediante formas complejas de mirar, sentir y vivir su paso por el mundo, enfermar y morir. En ellas, aunque la salud tiene una relevancia trascendental, no existe una forma universal de concebirla. La salud es una manera muy personal de abordar la existencia, sintiéndose poseedor y portador, y también creador de valor subjetivo, instaurador de normas vitales.

La enfermedad es una experiencia que no constituye solamente una variación en la dimensión de la salud, sino una nueva dimensión de la vida (Canguilhem, 1982). También tiene diferentes connotaciones, pues varía desde los lugares, momentos o grupos en los que se da —pasando por las formas en que la viven, sienten y enfrentan, tan distintas como las formas de vivir y morir— hasta la manera en que los países, Estados o gobiernos las atienden o se responsabilizan de ellas, o en las que el modelo médico hegemónico las concibe frente a los padecimientos. En este contexto, actualmente se prioriza tanto a la enfermedad, que la salud no tiene referentes ni individuales ni colectivos desde una biomedicina reduccionista, pues en esa visión, la salud no puede mirarse desde diferentes dimensiones, sólo se define con el concepto de normalidad biomédica y en oposición a la enfermedad.

La constitución del discurso teórico de la salud colectiva, con la introducción de las ciencias humanas en el campo de la salud, reestructura las coordenadas de ese campo, destacando las dimensiones filosófica, simbólica, ética, política y socioeconómica del proceso salud-enfermedad. Esta corriente defiende que las relaciones del sujeto con su cuerpo, con los otros, con las cosas, con las

instituciones y con las prácticas sociales, son mediadas tanto por el trabajo, las relaciones sociales y el lenguaje, como por los códigos culturales establecidos en una tradición histórica y lingüística. En este sentido, la salud colectiva evidencia la necesidad de repensar el modelo biologicista de la medicina.

En este trabajo se asume a la salud —en sus niveles ontológico y epistemológico— como un proceso complejo y multidimensional al que denominamos *proceso salud-enfermedad-atención-cuidado*¹¹. Este proceso está determinado socialmente y tiene explicaciones a escala económica, política e ideológico-cultural, lo que se relaciona con los significados que se dan a la salud en las diferentes dimensiones y grupos. Es en la dimensión ideológico-cultural donde se finca el presente estudio, pues en este nivel es donde los significados surgen, se expresan y pueden estudiarse.

Lo cultural, referido aquí a un grupo o sociedad, son creencias, costumbres, ideas y valores, pero también producciones, objetos e instrumentos materiales que adquieren los individuos o grupos (Thompson, 1993). La ideología por su parte, podemos comprenderla como un conjunto de coherencia relativa de representaciones, valores y creencias, una donde los seres humanos expresan la manera en que viven. Bajo este enfoque, podemos incluso comprender a la ideología en un proceso de transformaciones de la cultura que no sólo son reales, sino también imaginarias, o siguiendo al teórico marxista Hadjinicolaou (2005): “la ideología es entonces expresión de las relaciones de los seres humanos con su mundo, la unidad sobredeterminada de su relación real y de su relación imaginaria respecto a las condiciones de existencia reales”. Para este autor la ideología incluye la simbolización, la transposición mítica, el gusto, la moda, es decir modos de vidas, cotidianidades también.

¿Cómo se relaciona este abordaje de las ideologías con el análisis de la práctica odontológica? Al analizar los estudios de salud bucal se observa que la inmensa mayoría, contradictoriamente, se enfocan en la solución de enfermedades bucales, cerrando la visualización de los escenarios de fondo. Poco se sabe de lo que la gente piensa acerca de lo que es vivir con una boca sana, sin dolor durante su vida y con dientes hasta la vejez. ¿Qué significados

11 La salud-enfermedad-atención-cuidado es un proceso presente en todas las sociedades. Es de carácter histórico y se manifiesta de manera diferente en los grupos sociales que conforman cada sociedad. Posee por lo menos las dimensiones políticas, económica e ideológico-cultural.

operan en las decisiones de los sujetos, los barrios, las comunidades? ¿Cómo se relacionan sus prácticas con las estructuras de opresión social? Este trabajo busca desocultar las relaciones sociales que operan históricamente, y en las diversas determinaciones que contribuyen a este proceso de salud-enfermedad bucal. Entender cómo se da este proceso con una perspectiva desde la salud colectiva, y con miras a promover que los profesionales de la odontología acompañen su práctica —tradicionalmente orientada a disminuir las infecciones y los traumas que afectan la función biológica de la boca— con acciones orientadas a mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, individuales y colectivas, que resultan afectadas en el transcurso de una enfermedad bucal, en las luchas cotidianas en el capitalismo neoliberal y patriarcal.

Esta investigación es una mirada crítica sobre los procesos sistémicos, o totalidades que emergen cuando hacemos análisis del discurso y del poder en torno a la salud bucal. Se busca así aplicar una epistemología que prioriza el entendimiento de los modos en los que se reproduce la vida, a través una comprensión biocultural de la boca y de la salud bucal (Figura 1). En el siguiente apartado desarrollo este marco teórico que nos permite repensar el análisis de la boca y la salud bucal, con la complejidad que no ha sido recuperada en abordajes simplificados o colapsados.

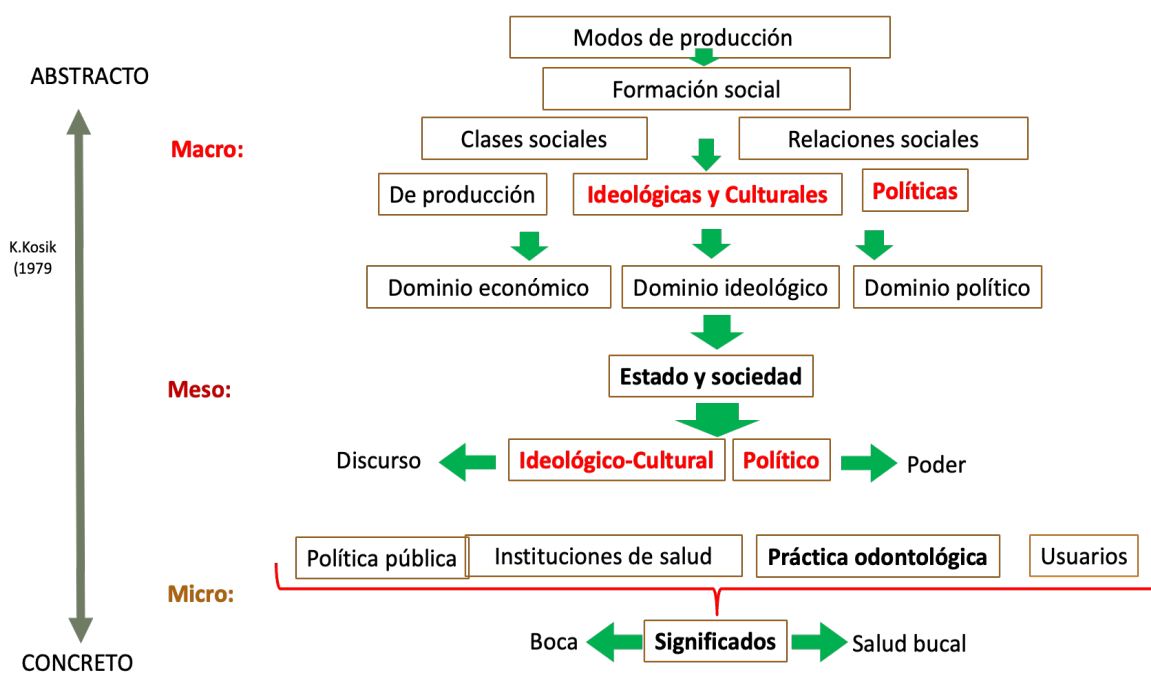


Figura 1. Esquema general de los niveles teóricos utilizados en la presente investigación. La parte más abstracta de este trabajo es el marco crítico que recupera la centralidad de las formaciones sociales, desde su modo de producción y reproducción de la vida. Mientras más nos acercamos al discurso de actores y estructuras de salud y sobre la boca, más concreto se hará la investigación.

3.1. Bases dialécticas para una comprensión de la complejidad biocultural de la salud bucal.

La boca de las personas encarna también su dignidad y la posibilidad de desarrollar sus capacidades expresivas y transformadoras. Las personas viven sus procesos de salud-enfermedad sin separar su cuerpo, sus prácticas y su sentir.

Esta materialidad del padecer, de ser cuerpos vulnerables, pero dignos, convoca aquí a una epistemología de la salud compleja en tanto que se juega una responsabilidad ética del sujeto de investigación, y de una vocación de transformación sistémica en salud (como principio básico de cualquier medicina). Desde esta mirada, la epistemología permite incluir no sólo la justificación del conocimiento del objeto, como si se tratara de una ciencia positiva, sino de un reconocimiento de ser sujetos epistémicos y materiales, en entramados políticos y económicos de poder y conflicto, en sistemas y totalidades por desocultar¹².

Si en el apartado anterior pudimos contextualizar a la historia de la odontología, más allá del propio orden médico, y en relación con el desarrollo de una industria de la salud y de biotecnologías que trastocaron los significados y las prácticas de la boca y su salud; entonces se vuelve necesario poder hacer también explícito una metodología que permita incluir esta dimensión sistémica

12 El ser humano se orienta por sus fines y con ello se produce una jerarquización de lo que se considera relevante o no. Esta forma de representarse en el mundo no aparece ante la conciencia como una fragmentación, sino como el mundo apreciado en su totalidad. Así, la totalidad no es simple retórica, sino la totalidad del universo conocido, cognoscible y por conocer, es decir, que abarca al mundo natural y simbólico, y que va de los aspectos más ordinarios de la vida cotidiana a los procesos más abstractos de la existencia. Aparentemente, aquello que no esté contenido dentro de esta perspectiva no existe, puesto que no es asequible al entendimiento humano desde la perspectiva cognoscitiva, cognitiva, fenomenológica y cultural. Sin embargo, las formas de conocer son procesos fragmentarios pues no podemos conocer “el todo” como una abstracción sino la totalidad de una realidad aprehensible y comprensible para nosotros. En esta fragmentación interviene la división de la sociedad en clases, la división social del trabajo y la jerarquización de posiciones sociales.

para el desarrollo de una epistemología de la salud bucal acorde con las poblaciones afectadas por el paradigma neoliberal y privatizador.

Para ésta tradición, la comprensión de la realidad es un proceso que comienza con el conocimiento de lo sensible aparente, lo dado, que implica abstracción y regreso a lo concreto (explicaciones para develar lo que ocultan los fenómenos a simple vista) con la ubicación de los espacios y los tiempos (Kosík, 1967) Conocer realidades concretas es conocer las múltiples determinaciones que la componen uniendo lo diverso (Marx y Engels, 1982). Estos procesos de concreción son los procesos para conocer cada elemento que determinó su concreción, por eso los objetos de la realidad cognoscible son siempre una reconstrucción.

En el contexto capitalista se reproduce una confusión entre la esencia y la manifestación fenoménica de las cosas (Hard y Negri 2000), (no se reconoce que el fenómeno tiene facetas de la esencia de las cosas, la apariencia se toma como una esencia), y la realidad social se cosifica. Entonces el mundo se presenta a los seres humanos como lugar de realización de los fines e intereses de acuerdo con las cosas y no a los seres humanos mismos¹³. Bajo este velo, la praxis se hace fragmentaria porque se priorizan unos aspectos más que otros para valorar la realidad e intervenir en ella. Este fragmento cosificado se valora como el todo, como la realidad totalizadora. Se confunde así la parte con el todo, y viceversa, el todo con la parte. No hay un proceso de reconocimiento de esa escisión. Las características sociales que la hacen totalizadora se dejan de lado y la praxis del hombre, que crea lo social y puede utilizarse para la transformación, se muestra mutilada e incompleta, abriendo paso a la enajenación¹⁴.

Para cuestionar y transformar estos procesos hay que saber que las representaciones comunes son producto de esa práctica fetichizada, como también el mundo de los objetos, que dan la impresión de ser naturales e

13 En esta praxis el ser humano va creando su realidad humana–social. La praxis es inmediata y regular y se basa en las relaciones sociales de diversa índole cuyas determinaciones fundamentales son económicas, políticas e ideológicas —lo sepa la sociedad o no—, manifestándose como relaciones de poder.

14 Estos procesos de cosificación penetran en la conciencia de los individuos y se asumen como naturales. Esto constituye el mundo de la pseudoconcreción, a este mundo pertenece una praxis que no coincide con la praxis crítica y revolucionaria de la humanidad, sino orientada por representaciones que captan la realidad sensible pero no la cuestionan ni ayudan a su comprensión, estas son dos cualidades de la praxis humana y no sólo dos grados de conocimiento.

independientes, y no se reconocen como resultado de la actividad social de los seres humanos. La diferencia entre el fenómeno y la esencia no se resuelve con la voluntad, y acá es donde la ciencia se hace necesaria¹⁵.

Destruir en la práctica esta pseudoconcreción conduce a utilizar un pensamiento dialéctico, crítico, que cuestiona la inmovilidad del mundo, que propone la praxis humana como medio de liberación del sujeto y con ello la del objeto. Así, en la producción de este pensamiento el hombre se produce a sí mismo.

Con esta perspectiva dialéctica y crítica de los sistemas socio-históricos, es posible incluir la complejidad del problema de salud bucal, más allá de los problemas inmediatos del campo odontológico. Se recupera con esto la articulación de ontologías biológicas, pero también culturales, donde la salud bucal, nunca puede ser sólo una enfermedad y la solución una restauración de una lesión bacteriana, sino que debe incluir la dimensión ética, política, económica y cultural de nuestras corporalidades y nuestras bocas.

A continuación, articulamos esta dialéctica, con teorías constructivistas del lenguaje y de los significados. Esta es una vía para comprender mejor la forma en que la cultura odontológica se sostiene sobre significados que esconden las estructuras de poder, que no contribuyen a identificar las necesidades en salud bucal y permitir soluciones diversas para este complejo problema. Es por eso que incluyo en este marco a teorías del lenguaje, análisis del discurso, del significado formas simbólicas, así como los enfoques semióticos para superar la crítica al reduccionismo ontológico. Me dirijo así al desarrollo de herramientas de análisis que contribuyan a interpretar a la salud bucal en un estudio epistemológicamente y ontológicamente más inclusivo, justo y ético. Una práctica que permite desocultar y transformar los significados y los usos de la boca, más allá del mercado.

¹⁵ Las representaciones de la cosa no son su esencia sino la proyección de determinadas condiciones históricas petrificadas en la conciencia del sujeto. La característica de la pseudoconcreción es la supuesta independencia del fenómeno y a la esencia.

3.2 Desocultando epistémicamente las estructuras de poder y sus significados sobre el cuerpo.

Entender la realidad como social significa que las relaciones sociales humanas están dadas en una base material que depende de los modos en que se producen los bienes materiales para la reproducción de la vida. Estos modos son históricos pues se dan de manera diferenciada a lo largo de la historia. Hoy corresponde al Capitalismo imperial global determinar qué relaciones sociales permiten su reproducción con un patrón de acumulación neoliberal. A México corresponde un capitalismo dependiente (Bambirra, 1976), reflejado en las formaciones sociales del país, en la conformación de sus clases sociales, sus relaciones sociales de producción, el desarrollo de sus fuerzas productivas y sus expresiones políticas e ideológicas. Su combinación concreta determina el tipo de estado y de gobierno en relación con su sociedad. Bajo esta abstracción podemos preguntarnos: ¿Cómo, los seres sociales pertenecientes a una sociedad condicionada pueden pensar y significar su vida, su salud y sus enfermedades? ¿Quiénes y cómo detentan el poder que condiciona los significados de la salud y la enfermedad?

Las respuestas a estas cuestiones pueden permitirnos entender y explicar la forma en la que se significa al mundo y se le representa. En este proceso, la ideología (Thompson, 1993) resulta de interés primordial para entender por qué se piensa lo que se piensa de la salud y la enfermedad, del sufrimiento y de los padecimientos de la vida en los grupos marginados, así como de las relaciones de poder que se dan con otros actores en los procesos de significación. Bajo este esquema, la sociedad está concebida por estructuras más o menos objetivas que organizan la distribución de los medios de producción y el poder entre los individuos y los grupos sociales, y que determinan las prácticas sociales, económicas y políticas.

Por su parte, para (Foucault, 2013) el poder es una relación asimétrica que está constituida por dos componentes: la autoridad y la obediencia. Es una situación estratégica que se da en una determinada sociedad: el poder incita, suscita y produce. En la formación del poder están dos elementos, los cuales son interdependientes, estamos hablando de los dominados y los dominantes, que

más que poseer el poder lo ejercen, ya que éste no se puede adquirir, compartir ni perder, debido a que no es un elemento físico. El poder no está localizado, en efecto, es un conjunto que invade todas las relaciones sociales. El poder no se subordina a las estructuras económicas, no actúa por represión sino por normalización, por lo cual no se limita a la exclusión ni a la prohibición, ni se expresa ni está prioritariamente en la ley. Y citó a Foucault “El discurso es ese conjunto regular de hechos lingüísticos en determinado nivel y polémicos y estratégicos en otros” 2016) (Foucault, 1994b) El poder produce positivamente sujetos, discursos, verdades, saberes, realidades que logran penetrar todos los nexos sociales, razón por la cual no está localizado, sino en multiplicidad de redes de poder en constante transformación, las cuales se conectan e interrelacionan (Foucault, 1999, 2002).

Bajo esta comprensión política y estructural de lo social, podemos entender a la salud como un sistema complejo biocultural que tiene diferentes niveles de análisis. Su correspondencia con las prácticas en salud se da de formas variadas y al ser parte de una estructura capitalista y patriarcal, encarna así también esas disputas económicas, políticas y culturales del momento civilizatorio. Cabe recordar que, para estos discursos, la estructura de poder se oculta y es por eso tan crucial tener una comprensión dialéctica, en tanto que ésta permite desocultar el desarrollo de los mercados instaurados en todas las esferas de la producción y del consumo, procesos que a su vez transforman y deforman al cuerpo humano, en uno de los símbolos de modelación para cumplir con las exigencias sociales de la modernidad capitalista¹⁶.

3.3. La construcción social del cuerpo, hacia una semiótica crítica de la boca.

Nuestras actuales concepciones del cuerpo se vinculan con el ascenso del individualismo, la emergencia de un pensamiento racional positivo y laico sobre la naturaleza, y el derrumbe de las tradiciones populares locales. Nuestras

¹⁶Las concepciones sobre el cuerpo nacen de condiciones sociales y culturales particulares, y los estudios sociológicos y antropológicos se interesan por la corporalidad humana en la medida en que el cuerpo constituye un fenómeno social y cultural, materia simbólica, y objeto de representación e imaginación de personas y grupos específicos (Le Breton, 2018).

concepciones también derivan de la historia de la medicina occidental, que en nuestras sociedades representa el saber oficial sobre el cuerpo.

Cuando el cuerpo deja de ser sólo un signo y adquiere características de símbolo, es capaz de opacar las relaciones de producción e incluso la misma división del trabajo; se vuelve una mercancía, un modelo para la estética dominante, un símbolo de estatus y —al oscilar entre ser al mismo tiempo símbolo y signo— un objeto de consumo¹⁷

El antropólogo del cuerpo David Le Breton, nos dice que el cuerpo sólo se “vuelve transparente para la conciencia del hombre occidental en los momentos de crisis, de excesos: dolor, cansancio, heridas, imposibilidad física de llevar a cabo tal o cual acto o, incluso, la ternura, la sexualidad, el placer, o, para la mujer, por ejemplo, el momento de la gestación, la menstruación, etc.”. (Le Breton, 2004). En estos momentos es significativo ver cómo las personas sienten y viven su cuerpo como un todo, que el cuerpo es el vehículo de su relación con el mundo, un medio por el cual experimentan estar vivos. La experiencia de sus vidas está impregnada en su cuerpo, aun sin reconocer en qué parte de la estructura social se encuentra. Este significado atraviesa las características de ser mujer, hombre, joven, viejo, pobre, indígena.

Esta dimensión simbólica se acentúa en el rostro, en tanto que la cara, es la parte del cuerpo que puede ser perceptible-interpretable-expuesta por y a los demás. El rostro es la manera de interactuar, de comunicarse con el mundo, aunque no se hable. Este proceso de simbolización traslada la boca, como signo, a las dimensiones estética, económica y política, a través de la categoría *cuerpo* que no separa el contenido material del simbólico de ser cuerpos. Así, en esta dialéctica la boca es capaz de ser estructura biológica y simultáneamente simbolizar al poder debido a que su valor simbólico es el permitido por las clases que dominan y gobiernan subalternidades, instaurando un orden y mercado naturalizado de belleza y salud.

La boca como parte imprescindible en la armonía del rostro, es singularmente importante para la estética y la comunicación personal. La

17 No existe un verdadero objeto de consumo sino desligado de sus determinaciones psíquicas como símbolo, de sus determinaciones de función como utensilio, de sus determinaciones mercantiles de producto, por lo tanto, liberado como signo y reintegrado a la lógica formal de la moda, es decir a la lógica de la diferenciación (Baudrillard 1982).

mutilación de la boca puede afectar la totalidad de las relaciones interpersonales, de trabajo, de afecto y de inserción en los grupos.

“La cara es, de todas las partes del cuerpo humano, aquella en la que se condensan los valores más elevados. En ella se cristaliza el sentido de identidad, se establece el reconocimiento de los demás, se fijan las habilidades de seducción, se identifica el género, etc. La alteración del rostro que muestra el rastro de una lesión a los ojos de los otros se vive como un auténtico drama, a veces como si fuera una privación de identidad. Las heridas, aunque sean graves, de las que dejan una cicatriz evidente, no se consideran feas si son en un brazo, en una pierna o en la tripa; no modifican el sentido de la identidad en absoluto. El rostro y el sexo son los lugares más representativos, los más afines al yo, y el traumatismo personal es aún más severo si uno de ellos es el afectado. Muchas tradiciones consideran la cara como una revelación del alma. Ahí se encuentra la vía para acceder a la espiritualidad del cuerpo, para elevarse. El valor a la vez social e individual que distingue a la cara del resto del cuerpo, su preeminencia en la aprehensión de la identidad deriva de la creencia de que todo el ser reside en ella. Las diferencias infinitesimales de la cara son para el individuo objeto de interminables representaciones (espejos, retratos, fotografías, etc.)” (Le Breton, 2018)

La boca es un órgano del cuerpo que cubre necesidades vitales fundamentales desde que comienza la vida de los seres humanos. En primer lugar, es el órgano por donde el nuevo ser recibe el alimento que le permite vivir la primera etapa de la vida. Después, pertenece a su grupo, al emitir un lenguaje que le integra a una comunidad cultural y le hace parte de ella. La gestualidad¹⁸ es imprescindible en la comunicación humana, a ésta se le otorgan valores sígnicos y simbólicos muy importantes. A partir de ahí la boca, como parte importante de la comunicación, empieza a tener importancia.

18 La gestualidad se refiere a las implementaciones del cuerpo en los encuentros entre los actores — rituales de saludo o despedida (signos con la mano, movimientos de cabeza, darse la mano, abrazar, besar en la mejilla, en la boca, expresiones faciales, etc.); formas de asentir o negar (movimientos faciales y corporales que acompañan a la emisión de palabras, dirección de la mirada, variaciones de la distancia entre los actores), maneras de tocarse o de evitar el contacto, etc. (Le Breton, 2018).

Más tarde la boca cumple funciones más complejas, funciones sociales y culturales cuyo ejercicio potenciará o impedirá el desarrollo de capacidades en las personas.

Como podemos ver la boca toma significados diversos según quien la valore y cómo lo haga en cierto momento histórico. Para el orden médico tendrá un significado biológico dominante pues no olvidemos que hablar del cuerpo en las sociedades occidentales contemporáneas significa referirse al saber anatómico-fisiológico en el que se apoya la medicina moderna (Le Breton, 2004). El orden odontológico, por su parte, se decidió dejar a la boca en la oscuridad o el trasfondo histórico, irrelevante como cualquier otro sistema que pudiera cuestionar el sentido de la intervención médica-odontológica.

La boca adquiere importancia en cuanto se hace presente, cuando hay dolor, pero también cuando existe una retribución monetaria por el restablecimiento de su salud y, actualmente, cuando se convierte en vehículo de las relaciones sociales sistémicas.

En este sentido, podemos hacernos las siguientes preguntas, hacia una articulación dialéctica de la boca en su entramado simbólico y material, ¿qué significa poseer un cuerpo enfermo o sano?, y de manera derivada ¿qué significa tener una boca sana y hermosa?, ¿qué significa no lavarse la boca si se piensa que está enferma?, ¿qué valor simbólico es atribuido a la boca en la sociedad actual?

3.4 Bases semióticas para la comprensión del significado de la boca y su salud.

Como puede verse, la boca es objetividad y subjetividad poco abordada por la epistemología que domina el campo odontológico. Para abordar esta complejidad situaré el problema en un campo representacional y semiótico, que nos permita comprender la trayectoria que seguimos para plantear y construir nuestros objetos de conocimiento en la salud bucal¹⁹.

¹⁹ Existen diferentes aproximaciones teóricas para explicar las representaciones; los enfoques construccionistas son los de más interés en este trabajo, ahí podemos ubicar el enfoque semiótico, (Ferdinand de Saussure, Charles S. Peirce, Yuri M. Lotman y Roland Barthes), los enfoques desde la filosofía, sociología, psicología social, antropología, el interaccionismo simbólico, la fenomenología (Peter L. Berger, 1968) Thomas

La semiótica describe procesos de comunicación no en términos de intercambio de mensajes, sino en términos de producción de sentido, de acción de los signos, de semiosis, de procesos de producción de significado, de sistemas de significación, de procesos culturales o de intercambios simbólicos, todo lo cual parece expandir el espacio de pertinencia no sólo del objeto "comunicación" sino de su naturaleza ontológica, epistemológica y fenoménica. Es decir, desde el punto de vista semiótico, la comunicación no sólo aparece como la emisión y recepción de mensajes y tampoco aparece necesariamente vinculada a los medios de comunicación de masas, sino que aparece como algo más, como un elemento constructivo y generador de estructuralidad tanto a nivel biológico como a nivel social (Vidales Gonzáles, 2009).

Un aspecto crucial del enfoque semiótico²⁰ Es el desarrollo que hace de la categoría de significación, como el proceso por el cual el ser humano reconoce un objeto del mundo y para apropiarse de él y poder transmitirlo a otros: lo llena de significado, lo convierte en signo. *El significado es entonces el referente relacionado con el signo creado en el proceso de significación, o en palabras de Peirce, el objeto relacionado con el signo.* El sentido se construye en un proceso más complejo que el de relacionar un signo con un objeto ya que en este caso intervienen elementos contextuales de todo tipo que determinan en el resultado de la relación entre el interpretante y el intérprete (Toledo y Sequera, 2014)

Los significados son cualidades intangibles que por su multiplicidad se materializan en prácticas diversas en la salud, pues la práctica de estos significados da sentido a sus actos. Estos procesos de significación y representación se llevan a cabo a través del lenguaje, de los signos, y es con la comprensión del lenguaje una forma en la podemos conocer estas significaciones.

Es evidente que como hay objetos en el mundo hay términos para designarlos, y que los nombres con los que se designan los objetos no son siempre los mismos. En consecuencia, comprender un fenómeno a través del

Luckmann, Alfred Schütz, Serge Moscovici, Denise Jodelet, David Le Breton) y los enfoques discursivos (Michael Foucault).

²⁰ La semiótica trabaja, desde hace poco menos de un siglo, en la construcción de las herramientas teórico-epistemológicas que le permitan explicar la cultura en su totalidad como un acto de comunicación, como fundamento de la acción social e individual de semiosis infinita que es el intercambio humano de signos.

análisis de su significado implica separar sus partes, diseccionar sus componentes simbólicos. Partimos de la premisa de que los significados están contruidos socialmente a través del lenguaje, dialécticamente, lo mismo que el lenguaje se construye de significaciones. Estas significaciones de la realidad se dan a través de unidades indispensables que se llaman signos. Los signos no serían inteligibles sin contar con, al menos, dos elementos: el significado y el significante (aunque Pierce propone que, además de estos dos conceptos, un componente fundamental del signo es el referente). Clásicamente, el significante es un código —generalmente percibido a través de los sentidos, como las palabras o las imágenes— sin el cual la cosa significada no es lo que es. *El significado es lo que se piensa de la cosa; es decir, es la cosa evocada por el significante (Eco, 2000). Por su parte, el referente es el objeto real al que alude el signo.*

Nuestro objeto de estudio es la boca (como signo), pero siempre como parte del cuerpo que cumple funciones distintas²¹. Es boca con el cuerpo, y sus significados serán las diferentes cosas que se piensan de ella, y tendrán diferentes connotaciones en función del grupo social o el campo de conocimiento que lo explique²².

En este marco el lenguaje es un sistema de signos²³, no sólo de palabras habladas, también de palabras escritas, pinturas, fotografías. Éstas funcionan como signos sólo si sirven para expresar o comunicar ideas y para ello formar parte de un sistema de convenciones, por eso los objetos materiales pueden funcionar como signos y comunicar sentidos y significados. Lo que los constructivistas reconocen con la teoría de Saussure es la forma de caracterizar el signo en función de dos elementos fundamentales: el significante y al segundo — el correspondiente concepto que el significante desencadenó en tu cabeza— lo significado. Cada vez que oímos o leemos, o vemos el significante (e. g. la palabra o imagen de una boca bonita, por ejemplo) hay una correlación con lo

21 Desde el punto de vista de Umberto Eco, los signos y símbolos son entidades semióticas con propiedades diferenciadas. Un signo se da por la relación semiótica de lo designado: el designante y la representación, mientras que un símbolo es una representación gráfica que puede ser parte del signo (Eco,2000).

22 Pierre Bourdieu proponía considerar la lengua como un mercado lingüístico, consideraba que las palabras no se producen en el vacío, sino que se inscriben en discursos que se intercambian en un campo donde su valor se define en competencia con otras palabras, según una lógica propia de la economía. Bordieu, 1985.

23 Los signos, entonces, tienen significado y “el significado de las palabras no puede mostrarlo el hombre sino con palabras”, esta es la definición de significado reconocida por Pierce (1965) y Jakobson (1989).

significado. Cabe aquí retomar algunas citas de Stuart Hall que permiten aclarar más esta relación:

“Ambas se necesitan para producir sentido, pero es la relación entre ellos, fijados por nuestros códigos culturales y lingüísticos, la que sostiene la representación. Por tanto, el signo es la unión de una forma que significa (el significante) y una idea significada (lo significado). Aunque pudiéramos hablar como de dos entidades separadas, ellas existen sólo como componentes del signo [que es] el hecho central del lenguaje’ (Culler, 1976, p. 19 en Hall 1997, p.10-11).

Las palabras significan sus sentidos. Los conceptos (lo significado) a los que los significantes se refieren también cambian, históricamente, y cada cambio alterna el mapa conceptual de la cultura, llevando a diferentes culturas, en diferentes momentos históricos, a clasificar y pensar el mundo de manera diferente, o no. Cada lengua produce un conjunto propio y diferente de significados; tiene por tanto un modo distintivo de organizar el mundo en conceptos y categorías’ (Culler, 1976, p. 23 en Hall 1997, p.11-12).

Las implicaciones de este argumento son de largo alcance para una teoría de la representación y para la comprensión de la cultura. Si la relación entre un significante y un significado es el resultado de un sistema de convenciones sociales específico de cada sociedad y de cada momento histórico, entonces todos los sentidos son producidos dentro de cada historia y cultura.

Para lograr el significado de las cosas se necesitan de códigos compartidos, el sentido no está en el objeto, ni en la cosa o en la persona, ni está en palabra, el sentido es construido por el sistema de representación construido y fijado por un código. Se establece en él, una correlación entre nuestro sistema conceptual y nuestro sistema de lenguaje, por eso reconocemos a la palabra “mesa” como un código, como un concepto simple y aceptado. No obstante, existen sistemas complejos en donde los códigos y convenciones son más difíciles de establecer.

Este es el caso de la salud. En nuestras sociedades el consumo utiliza a los signos y a los símbolos como medio para comunicar de manera muy efectiva objetos cosificados para el mercado, buscando producir así una respuesta rápida. La simplicidad de su estructura los hace fáciles de percibir y quedar en la memoria (Thompson, 1993) Somos capaces de distinguir signos y símbolos en

nuestra vida cotidiana, en salud existen diferentes símbolos propios de nuestra época, encontrar los de la boca fue la tarea de esta investigación.

3.5. Hacia una comprensión del campo representacional y sus teorías en los estudios sobre la salud bucal.

Las representaciones sociales constituyen un área de estudios que proviene de la Psicología Social, a través de la cual se propone una lectura de la realidad que rompa con la dicotomía sujeto-objeto y que conciba la existencia de una relación de tres términos: sujeto individual, sujeto social y objeto. Tiene su antecedente en el concepto de representaciones colectivas, formulado por el sociólogo Émile Durkheim, e incluye elementos sustanciales de otras teorías, principalmente del campo de la Psicología Social.

Esta teoría ayuda a la comprensión de elementos estáticos de la representación social en salud y ayuda a concentrar la homogeneidad del pensamiento de una misma cosa y con la suma de ellas se emite un consenso de la cosa. Dicha teoría se ha usado en otras investigaciones acerca de la representación social de la atención estomatológica (Vázquez Garay et al., 2015), donde los jóvenes valoran como negativas las experiencias a la consulta estomatológica o de la representación social del odontólogo, acceso y práctica odontológica (Canseco Prado y Jarillo Soto, 2018), en donde se encontró que los odontólogos son representados como sujetos que deben estar limpios con su aspecto, pues ello les da seguridad y confianza a sus pacientes para ser atendidos por ellos por la cercanía y el contacto con su cuerpo, y se suma la significación de la cavidad bucal como órgano que funciona para alimentarse y una vía de entrada de las enfermedades. Sin embargo, es claro que la salud bucal es mucho más compleja que entender la homogeneidad del grupo y hacer que cierta suma de significados representen algún objeto. Se requiere por tanto campos de estudio transdisciplinarios.

La representación, en el marco de una epistemología, es la producción de sentido de los conceptos de nuestras mentes mediante el lenguaje, es el vínculo entre los conceptos y el lenguaje. Es lo que nos capacita para referirnos al mundo real, de los objetos, gente o evento o aun a los mundos imaginarios de los objetos, gente y eventos ficticios.

En la representación (Hall, 1997) están implicados dos sistemas, uno simple que representa cosas que ya instauradas en la cotidianidad son simples, como un vaso, un plato y uno más complejo, que percibe cosas complejas, abstractas, difíciles de representar por su multiplicidad de signos y símbolos, como la salud, el amor, la libertad en este también tomamos conceptos de cosas que jamás hemos visto, que quizás nunca veremos, y sobre lugares simplemente que hemos inventado.

A esta multiplicidad de representaciones, le llamamos sistema de representación (Hall, 1997), esto consiste no sólo en conceptos individuales sino en diferentes modos de organizar, o arreglar, clasificar y agrupar conceptos y establecer relaciones complejas entre ellas. Así es como podemos tener analogías entre cosas, diferencias entre las cosas. De esta manera la cultura es un sistema de sentidos compartidos o mapas conceptuales, son los sistemas de sentidos de nuestra cultura²⁴.

Este enfoque construccionista del lenguaje introduce entonces el dominio simbólico de la vida, en donde las palabras y las cosas funcionan como signos, dentro del mismo corazón de la vida social. En su análisis sobre las teorías de la representación Hall destaca tres diferentes enfoques, el reflectivo, el intencional y el constructivista, los dos primeros a su parecer tiene fallas por atribuir las representaciones a un orden más individual. El tercer enfoque tiene la virtud de reconocer el carácter social y público del lenguaje. Para Hall y para nuestro objeto de estudio que es la boca y la salud bucal, este enfoque puede explicar de manera más amplia los sentidos y significados dentro de nuestra cultura²⁵.

Para nuestros propósitos su importancia radica en que apunta hacia un enfoque válido para una amplia gama de campos culturales. (Hall, 1997). Esta forma de entender la representación puede usarse para comprender los campos culturales no sólo en el lenguaje escrito, sino en imágenes, textos, y lenguaje

24 Acá el lenguaje por sí mismo es el segundo sistema de representación. El lenguaje consiste en signos organizados en varias relaciones. Pero los signos sólo pueden acarrear sentido si poseemos códigos que nos permitan traducir nuestros conceptos a un lenguaje –y viceversa. Estos códigos son cruciales para el sentido y la representación. Ellos no existen en la naturaleza, sino que son el resultado de convenciones sociales. Constituyen una parte crucial de nuestra cultura –nuestros compartidos ‘mapas de sentido’—que aprendemos e internalizamos inconscientemente a medida que nos convertimos en miembros de nuestra cultura. Hall, 1997.

25 Este enfoque construccionista del lenguaje y del sentido, tiene raíces en la obra e influencia del lingüista suizo Saussure

verbal. Así proponemos como elementos del campo representacional al sentido, este contiene a los significados, al lenguaje y a la cultura donde se realice este intercambio.

3.6. Crítica de las formas simbólicas, como crítica de la ideología.

En esta misma línea constructivista, Thompson (1993), afirma que los significados son la interpretación de las formas simbólicas que se intersectan en contextos sociales y que circulan en el mundo social. Las formas simbólicas se constituyen por una amplia gama de acciones y lenguajes, imágenes y textos, que son producidos por los sujetos y reconocidos por ellos y otros como constructos significativos. Los enunciados y expresiones lingüísticas ya sean hablados o escritos son cruciales en este sentido, pero las formas simbólicas pueden poseer también una naturaleza no lingüística o cuasi-lingüística (por ejemplo, una imagen visual, o un constructo que combine imágenes y palabras). Para el análisis significativo de estas formas simbólicas se denotan de ellas 5 aspectos típicos: intencional, convencional, estructural, y referencial, y contextual y este último es el que ubica estos significados en contextos y procesos socialmente estructurados.

Para Thompson el significado está constituido y movilizado por las formas simbólicas, sirve para establecer y sostener relaciones de dominación donde establecer es crear e instituir significado de manera activa las relaciones de dominación, y donde sostener es mantener y producir significado que sirve a las relaciones de dominación y lo hace mediante el proceso permanente de producción y recepción de formas simbólicas.

El análisis de la ideología y la cultura cumple aquí un rol clave: se asocia principalmente con las maneras donde las formas simbólicas se insertan en relaciones de poder. Son las maneras donde se moviliza el significado en un mundo social, y sirven, en consecuencia, para reforzar a los individuos y grupos que ocupan posiciones de poder. Estudiar la ideología es estudiar las maneras en las que el significado sirve para establecer y sostener relaciones de dominación. Para Thompson, el significado es una categoría concreta, pues es el resultado de múltiples determinaciones en todos los niveles de teorización, a través de los significados se legitiman, simulan, unifican, fragmentan y cosifican las prácticas de los sujetos (Thompson, 1993)

3.7. De la crítica de las formas simbólicas al análisis del poder en el discurso.

La conexión teórica entre la crítica a las formas simbólicas, con el análisis del discurso es que no existe significado si no se encuentra en el contexto de un discurso específico. Para algunos las formas simbólicas constituyen ya una forma ideológica que encierra razones de poder. Para Foucault el discurso no es un objeto concreto que se pueda aprender por instinto, es una categoría abstracta, resultado de una producción, no se reduce a una realización simple de la lengua, entonces asumimos que todo proceso discursivo es un producto de una red compleja de relaciones sociales de poder. Tampoco se reduce a las intenciones de un sujeto que articula significados; el sujeto no produce sentido mediante la combinación de unidades lingüísticas dotadas de un significado estable, ya que el mismo está atravesado por el orden discursivo donde se haya ubicado y desde el cual enuncia.

Este orden discursivo no se encuentra aislado de las demandas del orden no discursivo, o sea, el orden social en el que se sitúa y el que reproduce. De tal manera, en contra de la ilusión de que el sujeto es fuente de sentido, desde esta visión el discurso se basa en supuestos sobre un modo no subjetivo de producción de significados; en otros términos, se trata de una categoría autónoma respecto de los sujetos que él mismo constituye.

No sólo los sujetos sino también los objetos, son constituidas por los discursos. Esta condición de sujetos y objetos está articulada con las relaciones de poder y control: el poder se halla presente en cada discurso y, a su vez, cada discurso es un mecanismo de control.

En nuestra sociedad la producción de discursos se vuelve cada vez más compleja y regulada; esta regulación de la producción de sentido depende de las relaciones de poder entre agentes y discursos que se constituyen en la modalidad de producción de cada discurso y en las relaciones de poder de sus interacciones. El discurso así tiene funciones que lo constituyen y lo regulan que consisten en la modelación del sujeto hacia determinadas posiciones mediante la producción de enunciados, el discurso se vuelve soporte y lugar de emergencia de textos y de prácticas que surgen en las relaciones sociales. Tales textos son realizaciones de

discursos y por ello son mediadores de las relaciones entre los sujetos, de ahí que el texto nunca pueda ser exterior del discurso ni provenir de un sujeto externo²⁶.

El sujeto no se refiere a una categoría de persona o individuo particular sino sólo a una posición. La actividad discursiva está sustentada y construida por un sistema de mecanismos institucionalizados y de posiciones diferentes asignadas al sujeto en el discurso.

En síntesis, el discurso no es expresión de un sujeto, sino el lugar de su dispersión es el sistema en el cual se registra la discontinuidad del sujeto. El aspecto central son las relaciones entre el discurso y el poder: las prácticas discursivas poseen reglas específicas que subyacen a la formación de los discursos, los cuales están ligados al ejercicio del poder.

En cada sociedad la producción del discurso está controlada por cierto número de procedimientos. Entre ellos se encuentran los que operan fuera del discurso y que son exclusión, prohibición, división y distinción entre lo verdadero y lo falso; y los que operan desde dentro, como el principio del comentario del autor, la disciplina. Tenemos así una comprensión del lenguaje y los significados en un entramado de conflictos y de escenarios de poder que les marca el discurso al que pertenezcan. (Foucault, 2016)

3.8. Hacia un análisis de los significados de la salud bucal

En este trabajo haremos un análisis de los signos, significados y discursos en torno a la salud bucal, que desoculte la estructura y la lógica de las articulaciones discursivas y cómo estas posibilitan la formación de convenciones sobre la salud bucal en el contexto neoliberal. Con base en los apartados anteriores podemos afirmar una noción del discurso que incluye aquí tanto prácticas sociales y políticas, como instituciones y organizaciones; de tal modo que en el análisis del discurso se identifican algunos elementos que estructuran a los significados y las conductas. Esta concepción de discurso parte de que todos los objetos y prácticas

26 La idea del discurso antes descrita, es retomada por Foucault, el discurso se relaciona con la formación discursiva: grupo de enunciados que pertenecen a una regularidad en un sistema de dispersión entre un número de enunciados. Los elementos de una formación discursiva son objetos, modalidades de discusión y selecciones temáticas. Los problemas cruciales son los objetos y los sujetos del discurso. Los objetos no son referentes materiales, no son anteriores, sino que forman parte del discurso mismo, en una palabra, el discurso en su propia práctica constituye sus objetos.

son discursivas; es decir, para que las cosas y actividades tengan significado deben formar parte de discursos concretos. No obstante, ello no quiere decir que todo sea discursivo, sino simplemente que las cosas, para ser inteligibles, deben existir dentro de un marco de significado más amplio.

El significado social tanto de las palabras, textos, acciones e instituciones en torno a la boca y su salud, se entienden en relación con el contexto general de que forman parte. Cada significado está en relación con la práctica en la que tiene lugar, y cada práctica con un determinado discurso. Por consiguiente, sólo es posible entender y explicar un proceso si se puede describir la práctica y el discurso en donde ocurren. Es por ello que el estudio de los significados se conecta con el análisis del discurso.

Para este estudio los significados del cuerpo y sus representaciones fueron tomadas por las propuestas teóricas de David Le Breton. Él mismo se ubica en el interaccionismo simbólico. Sin embargo, sostiene de manera interdisciplinaria sus tesis. Es por eso por lo que sostenemos con sus propuestas teóricas nuestra construcción metodológica.

Para Le Breton el interés de la antropología del cuerpo como sistema clasificatorio y su utilización mediante metáforas sociales recae en las sociedades industriales. En el ambiente urbano-industrial se va imponiendo el discurso médico para la descripción de los problemas sociales y el cuerpo se hace externo al actor social. En los estudios contemporáneos, se es más sensible a la presentación del cuerpo dentro del espacio social y a su influencia significativa en el estatus social. El investimento del cuerpo propio responde a la descomposición del lazo social y, por tanto, al alejamiento del otro, sin embargo, el discurso médico también se ve afectado por otros discursos.

En gran medida, la legitimidad de los discursos en salud se sustenta en su carácter científico y experto, como condición de verdad. Los discursos científicos sobre salud, en tanto se vuelven discursos públicos, van configurando, en distintos períodos históricos, el conocimiento social sobre los problemas de salud-enfermedad (Rojas-Rajs, 2015)

La representación que la persona tiene de su propio cuerpo está determinada por un contexto social-cultural que le es dado y por sus vivencias personales que hacen del sujeto una persona única: una representación dinámica que forma un

esquema de nuestro cuerpo que tiene en cuenta lo externo y lo interno en su presencia con el mundo social, así lo dotamos de sentido.

De acuerdo con Le Breton, partir del Renacimiento cuando el cuerpo individual se convierte en una especie de frontera que diferencia un sujeto de otro, la trama comunitaria de la tradición popular comienza a disolverse, la naturaleza se desacraliza y la persona se separa del cosmos, de los otros e incluso de sí mismo.

En los estados occidentales contemporáneos se representa el cuerpo a través del modelo biomédico, una repetición de estructuras biológicas en contextos de política pública. Este opera como saber respaldado por el Estado, que se enseña en las universidades, pero que apenas es compartido por los ciudadanos y ciudadanas del común. Si para el enfoque biomédico se considera al cuerpo como algo dicotómico respecto a la vida humana simbólica y creativa, para el saber popular el cuerpo se entrelaza con el mundo formando una red simbólica con su entorno, donde las explicaciones e intervenciones sobre las enfermedades son múltiples, y responden a acontecimientos personales: las personas enferman porque se produce una ruptura en la relación armónica de su cuerpo y del entorno.

Cómo afirma (Martínez-Salgado, 2014) las personas no son un conjunto de tejidos, órganos y funciones estructuradas a través de mecanismos exclusivamente biológicos, pues además de eso tienen y estructuran su vida en las dimensiones simbólica, afectiva y volitiva que no son secreciones de los aparatos y sistemas del organismo humano, que está muy lejos de ser una masa biológica muda. La materialidad biológica humana es una realidad diferente de la que se observa en otros niveles de organización de la materia viva; es una realidad que se elabora simbólicamente, en la que se sintetizan las vertientes que la constituyen - la biológica y la social -, mediante complejas elaboraciones en el plano de lo psíquico, (Martínez-Salgado, 2014)

Esta diversidad de saberes ha sido fragmentada en las sociedades occidentales, y sometidos a una visión estandarizada. No importa en este modelo que existan diversidad de saberes populares donde el cuerpo no está separado del sujeto y no encuentra sus límites en la piel; prácticas donde el signo del cuerpo se integra a todo lo relacionado con la identidad social del mismo, como su

familia, sus bienes, y sus identidades, las prácticas que mantienen el vínculo sujeto-medio. Bajo el modelo hegemónico el sujeto es despojado de este vínculo al aproximarse al cuerpo desde una concepción mecanicista; el saber científico hace del cuerpo una entidad plana donde la dimensión simbólica se aniquila (Le Breton, 2004).

Es así que el cuerpo se ha convertido en una especie de escaparate artificial en el que se evidencian identidades variables, es una prótesis de uno mismo, se es lo que se muestra y se aniquila todo lo interior. Es una instrumentalización de la existencia encarnada: cambiando el cuerpo, la persona quiere cambiar su vida y su identidad. Aquí se imponen los valores de la modernidad, que privilegia y universaliza los significados de un cuerpo joven, sano, esbelto e higiénico; aspectos que reproducen los grandes medios de publicidad capitalista, creando una imagen fantasma del cuerpo cotidiano, sólo visible en revistas y películas donde se exponen cuerpos lisos y puros.

Sin embargo, el ser humano es una creación del sentido que posee un cuerpo poroso, impregnado de la palabra colectiva con una acción simbólica, y no una máquina biológica que aniquila el sentido de lo humano. Esta tesis la comparte Carolina Martínez, quien desde la salud colectiva menciona que el manejo de la enfermedad en los avances del conocimiento científico-técnico ha dado importantes beneficios, pero también ha favorecido el alejamiento del enfermo de la vivencia de su enfermedad. El cuerpo del enfermo ha sido enmudecido, se ha convencido de que su cuerpo habla un lenguaje que él no comprende, que se expresa en el idioma al que solo puede acceder quien conoce el código profesional de esa ciencia. (Martínez-Salgado, 2014)

3.9. Valor de uso, valor de cambio, valor signo y valor simbólico.

El consumismo de las sociedades contemporáneas hizo evidentes los residuos o excedentes en la vida social. Jean Baudrillard, en su crítica a la economía política del signo, habla de cuatro tipos de valor en la sociedad, para salir del esquema marxista elemental que diferenciaba sólo entre valor de uso y valor de cambio. Baudrillard reconocía dos formas más de valor a las que denominaba “valor-signo” y “valor-símbolo”. En un automóvil, por ejemplo, el valor de uso es transportarnos, y el valor de cambio es su precio en el mercado.

Pero el automóvil tiene además valor-signo; es decir, un conjunto de implicaciones simbólicas asociadas al automóvil como objeto: no es lo mismo un automóvil austero que uno de lujo. Estos elementos significantes no contribuyen a transportar de otra manera a sus pasajeros, no afectan su valor de uso. Baudrillard sostiene que además que puede haber un valor-símbolo vinculado a rituales u otros actos que ocurren dentro de la sociedad. Si me regalan este automóvil el día de mi cumpleaños eso va a conferir al objeto un sentido distinto, que no lo hace intercambiable con ningún otro. Un regalo entre personas o grupos carga al objeto de un valor simbólico diferente al valor-signo.

Esta clasificación de cuatro tipos de valor (de uso, de cambio, valor-signo y valor-símbolo) permite diferenciar lo socioeconómico de lo cultural. Las dos primeras clases de valor tienen que ver principalmente —aunque no únicamente— con la materialidad del objeto, con la base material de la vida social. Los dos últimos dos tipos de valor se refieren a la cultura o los procesos de significación²⁷.

Aquí se propone a lo cultural no como un paquete de rasgos que diferencian a una sociedad de otra, sino como a un sistema de relaciones de sentido que identifica diferencias, contrastes y comparaciones; como el vehículo por el que la relación entre grupos es llevada a cabo (Jameson et al., 1998) Adoptamos una perspectiva transdisciplinaria, con énfasis en trabajos antropológicos, sociológicos, hermenéuticos y psicológicos.

Esta manera de ver a la cultura cambia el método por el cual se han estudiado las culturas. En lugar de comparar culturas que operan como sistemas que ya preexistentes y compactos, trata de dar atención a las mezclas y malentendidos que vinculan a los grupos. Para comprender a cada grupo hay que describir cómo se apropia de y reinterpreta los productos materiales y simbólicos ajenos. En nuestro caso acercarnos al estudio de los significados de la boca y su salud en la política pública dictada por el estado, de los profesionales que han asumido a la boca como una parte del cuerpo a la que deben rehabilitar y curar, y a las personas —pacientes y usuarios— que hacen uso de los servicios de salud, tiene

27 Por su parte Pierre Bourdieu desarrolló la diferencia entre cultura y sociedad al mostrar en sus investigaciones que la sociedad está estructurada con dos tipos de relaciones: las de fuerza, correspondientes al valor de uso y de cambio, y las de sentido, que organizan la vida social, cargada de significaciones. El mundo de las significaciones y de sentido constituye la cultura.

el propósito de comprender cómo estas significaciones tienen multiplicidad de connotaciones y conexiones que repercuten en los altos índices de las enfermedades bucales y también en el funcionamiento y elaboración de políticas públicas.

IV. Delimitación del problema de investigación.

Los elementos y procesos que se problematizan, son las condiciones de Salud bucal en México, las Políticas Públicas en Salud Bucal, los sistemas de atención, y los significados de la boca y su salud en las estructuras simbólicas de estas prácticas. Entiendo estos procesos de manera relacionada, y asumo que son abordajes ineludibles para la comprensión de la complejidad de la Salud Bucal. El estudio se centra en el anclaje ideológico cultural que atraviesa el desafío odontológico de México, para identificar cómo se significa la boca y su salud, es decir qué significados se instauran en los discursos de actores cruciales en esta complejidad biocultural.

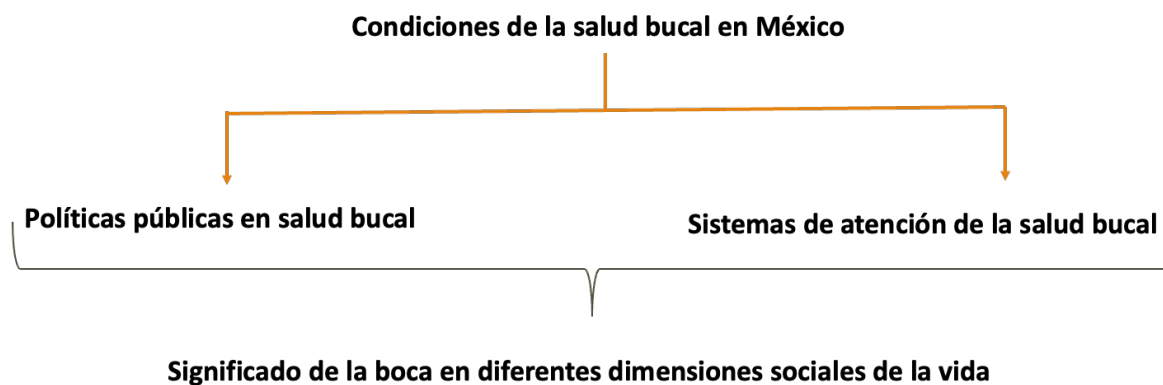


Figura 2. Elementos para la problematización del estudio de la boca y la salud bucal. En primer lugar, se enuncian las condiciones de salud bucal en el país, y las acciones que la política pública tiene para dar soluciones a los problemas de salud bucal. Y cómo estos problemas se atienden a través de los sistemas de atención. Esta tesis afirma que existen diferencias entre los significados de boca y salud entre los actores que interactúan en estos elementos, y eso impide que la atención y la comprensión de la problemática responda a la complejidad de los afectados.

Como señalé en el marco histórico, en México la salud bucal es un problema que se ha asociado a enfermedades de la boca, y por esta razón sus referentes y significados sociales, teóricos y cotidianos se quedan con una idea dominante que la salud es sólo la ausencia de enfermedad. Este abordaje reduccionista dificulta otorgar a la salud dimensiones más complejas y con ello explicaciones y contenidos significativos para la construcción de una nueva

conceptualización de la salud bucal, que sirva para diseñar mejores estrategias y realizar consensos entre actores que tienen en sus manos posibilidades para disminuir las altas prevalencias de enfermedades bucales. Quienes están involucrados en esta problemática asumen significados distintos de su cuerpo, su boca y su salud, y esto determina sus prácticas a la hora de resolver los problemas de enfermedad bucal.

Las enfermedades bucales tienen una alta prevalencia en México con respecto a otros países con indicadores similares. Como es de esperarse, estas enfermedades afectan con mayor severidad a los grupos que viven en condiciones de precarización e indignas de vida, de acuerdo con la posición de clase, género y raza que ocupan en la estructura social. Estas condiciones se expresan como falta de trabajo, explotación, falta de vivienda digna y alimentación de calidad, además del riesgo de enfermar sin tener acceso a los mínimos servicios, ser vulnerables a las enfermedades bucales desde la infancia, morir de enfermedades curables y prevenibles, y tener episodios de dolor a lo largo de su vida.

Atender y prevenir estas enfermedades y los procesos que los reproducen, es de importancia trascendental para la sociedad, pues sus efectos en la salud en general, y otros procesos del ciclo vital humano, son no lineales, y van desde morbilidades discapacitantes, hasta transformaciones en la autoestima y socialización de las poblaciones afectadas, entre muchas otras más.

La caries dental, las periodontopatías y el cáncer bucal son enfermedades irreversibles y su efecto se acumula en las diferentes esferas y etapas de la vida. Afectan directamente a los individuos pues le ocasionan problemas de funcionalidad, crecimiento y desarrollo que repercuten en su alimentación, masticación y respiración, y por lo tanto el habla, el lenguaje, la comunicación y el desarrollo de sus capacidades²⁸.

En la primera infancia la boca constituye uno de los principales órganos de supervivencia, en ella se concentran las principales responsabilidades del cuerpo

28 Este enfoque se centra en lo que las personas son efectivamente capaces de hacer y ser “removiendo obstáculos de tal forma que tengan la libertad de vivir el tipo de vida, que después de una aguda reflexión, tienen la razón de valorar para ser quienes realmente quieren ser”. (Amartya Sen, 2009)

para su desarrollo y crecimiento, incluso para la vida cultural en que los individuos se incorporan a la sociedad. 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 sexualidad. En edades adultas se han perdido ya varias piezas dentales, la boca constituye una forma de enfrentar el mundo del trabajo y el significado estético toma un aspecto relevante. Los adultos mayores experimentan problemas severos de edentulismo (pérdida total o parcial de piezas dentales) pues al llegar a los 65 años se han perdido más de 10 piezas dentales, lo que afecta principalmente su alimentación y se suma a experiencias de dolor sin resolver (SIVEPAB, 2017).

Por otro lado, se ha normalizado vivir con dolor, y perder piezas dentales no tiene relevancia mientras no cause la muerte. También se ha normalizado asociar la vejez con una boca desdentada, y es “natural” que la boca no tenga importancia en relación con la salud y las enfermedades de los individuos (Obregón y Sendra, 2020).

Las políticas públicas en salud bucal están orientadas a normar la práctica y el trabajo odontológico en su quehacer clínico, y por otro lado se presenta en programas de Educación para la Salud Bucal, con la intención de hacer cambios en los comportamientos de las personas para mejorar o prevenir enfermedades en su boca. Sin embargo, estos esfuerzos no se ven reflejados en el mejoramiento de las condiciones de salud bucal de la población mexicana. Y como lo menciona Breilh una concepción equivocada de las necesidades en salud lleva a un paradigma equivocado de intervención (Breilh 2013).

Los sistemas de atención público están fragmentados y condicionados a dar atención odontológica solo con tratamientos básicos, lo que lleva a que el sistemas de atención privado a ser una de los primeros lugares en donde se busque solucionar estos problemas, esto a su vez provoca que el acceso sea restringido por la capacidad de pago de las personas.

Esta problemática articula una serie de omisiones que nos permite comprender que la salud bucal puede ser algo irrelevante para las personas, ya sea por las incapacidades de pago, el dolor o el miedo a la atención y el prejuicio (Obregón y Sendra, 2020). Muy poca atención y visibilización se ha hecho de los esfuerzos o dificultades que cada persona tiene para resolver sus problemas de

salud bucal. Buena parte de esta omisión o irrelevancia se debe a que no se reconoce a la boca como una parte del cuerpo, con un papel fundamental en la vida social para el desarrollo de las capacidades de las personas. Esto se relaciona directamente con la falta de atención por parte del Estado mexicano y su concomitante aumento en la hegemonía del sector privado en la práctica odontológica. Para los odontólogos, subsumidos en la mirada privatizante y empresarial, la boca no es una parte del cuerpo capaz de instaurar significados sociales, y se desconoce su importancia en el desarrollo, integración y reproducción de los grupos sociales (Obregón y Sendra, 2020).

En este trabajo analizo los significados de la boca y la salud bucal en la Norma y el PAE, vigentes en México, bajo el supuesto de que la salud bucal es un problema relevante al que se deben otorgar referentes colectivos y de carácter social. La salud bucal debe ser responsabilidad de un Estado que represente a su sociedad, por lo que es necesario resignificarla como un derecho, un bien social, público y desmercantilizado.

4.1. Hipótesis de investigación

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. 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 SB 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 personas.

Actualmente se considera normal pensar que la boca no tiene importancia en relación con la salud y las enfermedades de los individuos, debido a la falta de atención por parte del Estado y el sector privado, e incluso para la propia profesión odontológica, que otorga un gran peso a la boca como espacio de intercambio mercantil, y que desconoce su importancia en el desarrollo, integración y reproducción de los grupos sociales. La odontología y la práctica odontológica carecen de un discurso articulado sobre la importancia de la boca y su relación con la salud que incluyan los significados de la población que padece enfermedades bucales, por lo que es crucial investigarlo si nos importa la complejidad del padecimiento. El orden odontológico obedece a un discurso basado en el conocimiento técnico de esta parte del cuerpo, pero que ignora y excluye los significados que tiene la boca para la población que atiende. Sostenemos que, para la población de enfermos y sus familiares, los significados de la boca son distintos a los que supone el orden odontológico.

Por todo lo anterior se considera:

- Que existen diferencias en el significado de la boca y la salud bucal entre la población, los profesionales y las políticas de salud bucal desplegadas por el estado.
- Que existen tensiones entre los significados de la boca y la salud bucal de la población, los profesionales de la atención odontológica y los documentos que expresan las políticas de salud bucal
- Que estas tensiones se deben al enfrentamiento entre las propuestas del mercado, el modelo epistémico hegemónico de la odontología y las tradiciones culturales sobre la boca.
- Que las limitaciones en el significado de la boca y la salud bucal entre la población, los profesionales y las políticas de salud bucal explican una parte de los graves problemas de operación de estas políticas, así como su limitado impacto.

- Que la disminución de las enfermedades bucales y las desigualdades entre los grupos sociales puede alcanzarse más rápida y eficazmente si se reconocen estos diferentes significados y se utilizan para el diseño, operación y evaluación de las políticas públicas en salud bucal.

En este trabajo se busca comprender los significados de la boca entre los sujetos de atención y profesionales del sistema de atención pública odontológica, así como en los documentos en donde están contenidas las políticas públicas en salud bucal.

4.2. Pregunta de investigación

¿Qué significados atribuyen a la boca y a la salud bucal los profesionales y usuarios del sistema público de atención odontológica y los documentos que contienen la política pública en salud bucal en México?

4.3. Objetivos

Objetivo General

Identificar y analizar el significado de la boca y de la salud bucal entre los principales actores sociales involucrados en la atención odontológica proporcionada en los servicios públicos de salud de la Ciudad de México, así como el significado de la boca y la salud bucal contenido en los documentos oficiales relacionados con la política pública en salud bucal en México.

4.4. Objetivos Específicos

1) Identificar y analizar el significado de la boca y la salud bucal entre los sujetos que reciben atención odontológica en los servicios del sistema público de salud de la Ciudad de México, específicamente en los Centros de Salud T-III de Milpa Alta y Portales.

2) Identificar y analizar el significado de la boca y la salud bucal entre los profesionales que prestan atención odontológica en los servicios del sistema

público de salud de la Ciudad de México, específicamente en los Centros de Salud T-III de Milpa Alta y Portales.

3) Identificar y analizar el significado de la boca y la salud bucal contenido en los documentos oficiales relacionados con las políticas públicas en salud bucal en México.

4) Articular las semejanzas y diferencias en los significados de la boca y la SB identificados en los sujetos de atención y los profesionales de la odontología adscritos a los Centros de Salud T-III de Milpa Alta y Portales, así como en los documentos que contienen las políticas públicas de salud bucal.

V. Metodología

5.1 Diseño del estudio.

Por lo que hemos señalado en el Marco Teórico sobre la naturaleza social de los *PSEA* (*Proceso*, la investigación asumió un abordaje metodológico de tipo cualitativo, partiendo de la premisa de que los fenómenos en salud son complejos y encuentran su explicación a partir de los dominios políticos, económicos e ideológicos.

En este sentido, consideramos que la investigación cualitativa no es solamente un método de acercamiento a la realidad sino un camino que, a partir de la construcción transdisciplinaria de los objetos a estudiar, permite tratar a los sujetos con respeto y crear conocimientos bajo el principio de la responsabilidad. Su potencia argumentativa hace creíble, clara, coherente y reflexiva la comunicación entre los investigadores y los usuarios potenciales de los resultados.

Para alcanzar estos objetivos se realizó un estudio cualitativo basado en el uso de técnicas etnográficas —entrevistas semiestructuradas y en profundidad, observaciones directas e investigación documental—, así como análisis de contenido, análisis descriptivo y análisis crítico del discurso (Martell-Gámez y González-Domínguez, 2013; (Van Dijk, 2001)Van Dijk 1994, 2005).

El estudio se realizó en dos centros de salud que pertenecen a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA), ubicados en las Jurisdicciones Sanitarias Benito Juárez y Milpa Alta. Ambos cuentan con servicio odontológico y dan servicio a personas que no cuentan con seguridad social. La SEDESA es una importante fuente de información, pues en ella se desarrollan tanto el Programa de Salud Bucal como el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB).

Considerando el problema que guio el proceso de investigación, las principales categorías conceptuales utilizadas en el trabajo fueron: i) el cuerpo y la boca; ii) los sujetos que reciben la atención odontológica; iii) los profesionales que prestan la atención odontológica en el sistema público, y iv) las políticas públicas en salud bucal. Estas categorías se desarrollan en el apartado siguiente.

La selección de los temas de la entrevista se realizó con base en las teorías que guiaron la delimitación del problema de investigación.

Los sujetos entrevistados fueron seleccionados por conveniencia, y el principal criterio de inclusión fue pertenecer a alguno de los grupos seleccionados como actores relevantes descritos en las categorías conceptuales ya mencionadas.

El análisis de la información se realizó utilizando la agrupación etaria propuesta en los lineamientos del *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles* (SIVEPAB).

5.2 Categorías metodológico-conceptuales.

5.2.1 El cuerpo y la boca

El cuerpo es una categoría antropológica (Le Breton, 2004) (López-Moreno et al., 2011) que nos introduce a explorar de manera no fragmentada como la boca significa más que un órgano del cuerpo anatómico-fisiológico del mercado, objeto de estudio e intervención para la práctica odontológica, pero también es un lugar para el amor, ahí se consolidan diversos sentimientos, placeres y derrotas. Se culminan necesidades vitales de alimentación y de inserción a los grupos. Los significados de la boca y su salud son elementos de estudio determinados por el valor de uso, el valor de cambio, el valor signo y el valor símbolo. Son complejos, históricos y se insertan en discursos diversos; son cambiantes e inestables, pero explican en buena medida lo complejo de la salud bucal. Invitan a repensar el concepto de salud bucal y a romper con las posiciones epistemológicas que hasta ahora han dominado las políticas, los programas y todos los esfuerzos por disminuir las enfermedades bucales.

En su artículo la boca como representación, Rafael Malagón (1999) plantea que los contextos regulan los campos de significación del cuerpo y de la boca superponiendo imágenes y representaciones que se estructuran en la experiencia de nosotros mismos, y son siempre objeto de disputa y negociación. Para este autor la boca constituye un espacio de significaciones multivariadas y a veces contradictorias. Su exploración sobre las representaciones de la boca no busca efectuar únicamente un inventario descriptivo de las mismas, sino inscribirlas en el conflicto de los diferentes sistemas médico-culturales que se enfrentan en un

tiempo y lugar específicos. Las diversas experiencias de la enfermedad y de estar enfermo se encuentran estructuradas en este campo de disputa.

5.2.2. Los sujetos que reciben la atención odontológica

Los usuarios que asisten a este tipo de atención son los que nombramos en este trabajo como sujetos de atención. Personas que no tienen seguridad social, es decir no están formalmente insertadas al mercado de trabajo, no tiene un empleo formal o contrato laboral y en consecuencia no tienen acceso al servicio de salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) el Instituto de Seguridad Social y Servicios de los trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) o la Secretaría de Marina (SEMAR). La Secretaría de Salud es la encargada de dar atención médica y odontológica a esta gran mayoría de personas en el país.

5.2.3. Los profesionales que prestan la atención odontológica en el sistema público

Son los profesionales que dan atención odontológica en el sistema de atención público. Realizan tratamientos básicos y curativos a la población que no tiene acceso a la seguridad social debido a que no tiene contrato de trabajo. Ellos son los responsables de llevar a la práctica la política pública en salud bucal por medio de los programas de prevención, entre ellos el Programa de Acción Específico para Enfermedades Bucales.

5.2.4. Las políticas públicas en salud bucal en la Norma Oficial y el PAE

Entendidas como programas de acciones, representan la realización de decisiones, el medio usado por el Estado en su voluntad de modificar comportamientos mediante el establecimiento de reglas del juego en materia de salud bucal. Esta fue una de las razones por las que decidimos acercarnos al análisis de los documentos en los que están plasmados los significados de salud, la boca y el cuerpo y que legitiman las prácticas en salud bucal.

Las políticas públicas como instrumentos de poder económico, político e ideológico adquieren particularidades según el régimen estatal que las sociedades adquieren históricamente. En todos los casos, sin embargo, reflejan la noción dominante de salud, su significado en relación con la vida humana y el papel que ambos fenómenos juegan en los intereses de clase. En el estado neoliberal estas políticas adquieren un carácter mercantil en relación con los sistemas de salud. Es posible ver el reflejo de los significados que se tienen de la boca y la salud bucal como imperativos dominantes que configuran el conocimiento y la práctica de los profesionales de la atención odontológica.

Las instituciones que participan en la formulación de la política pública en materia de salud bucal son los siguientes actores:

1. El Consejo de Salubridad General
2. La Secretaría de Salud
3. La Secretaría de Salud de la Ciudad de México
4. El instituto Mexicano del Seguro Social
5. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
6. La Organización Panamericana de la Salud
7. La Universidad Nacional Autónoma de México (como parte de ella la Facultad de Odontología, la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala)
8. La Universidad Autónoma Metropolitana
9. El instituto Politécnico Nacional
10. La Secretaría de la Defensa Nacional, y
11. La Secretaría de Marina Armada de México

Entre las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el campo de la práctica odontológica y que tienen alguna influencia en la formulación de políticas públicas se identificaron a:

12. La Asociación Dental Mexicana
13. La Comisión de Asesoría Legal Odontológica
14. El Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas, A.C.
15. El Grupo de Estudios y Superación Odontológica, A.C.
16. La Asociación Mexicana de Ortodoncia

17. La Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología
18. El Consejo Empresarial Dental Mexicano
19. La Agrupación Mexicana de la Industria y el Comercio Dental, A.C., y
20. El Grupo de Estudios y Superación Odontológica, A.C.

5.3. Técnicas de recolección de información

Las entrevistas fueron distribuidas de la siguiente manera: entre los sujetos que reciben la atención odontológica, se realizaron cuatro entrevistas a adolescentes, cuatro a jóvenes, cuatro a adultos jóvenes y cuatro a adultos mayores (Tabla 1). En cada uno de estos grupos se entrevistó a dos mujeres y dos hombres. Se realizaron además cinco entrevistas a odontólogos(as) operativos(as) de los centros de salud, una entrevista a una Coordinadora del Programa de Salud Bucal, y una a un director del Centro de Salud.

Tabla 1. Distribución de personas entrevistadas.

Se realizaron 25 entrevistas, distribuidas de la siguiente manera:

- Dos a autoridades de salud.
- Ocho a odontólogas y odontólogos.
- Quince a usuarios de los servicios de salud.

Las categorías que guiaron la realización de las entrevistas fueron: cuerpo, boca y salud bucal. Las dimensiones que se indagaron fueron la biológica, la estética, la sexual, la social (relaciones de trabajo, familia y amigos), la identidad, el género y —en el caso de los usuarios— la relación odontólogo-paciente. En el caso de los profesionales de la atención odontológica se agregó la categoría ejercicio de la profesión.

Se realizaron entrevistas a profundidad y entrevistas semiestructuradas en dos Centros de Salud T3 (en los que se tiene atención odontológica), dependientes de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. En dichos centros se realizaron las entrevistas de los profesionales de la atención odontológica, a los usuarios que acudieron a la atención y las autoridades de los centros de salud, una de ellas la coordinadora del programa de salud bucal. Se

diseñó una guía específica para usuarios y una para profesionales (ambas se presentan en los Anexos).

La realización de las entrevistas se acordó con las autoridades de las Jurisdicciones Sanitarias correspondientes. Se obtuvieron permisos por parte de los directivos con la descripción de la investigación, y se habló con el personal de los centros para que tuviera conocimiento de la presencia de los investigadores (Anexo A).

Como se ha señalado, para seleccionar a los usuarios a entrevistar se crearon perfiles específicos, eligiendo un número de sujetos teóricamente representativo, en cuanto a edad y sexo. Para las entrevistas a los profesionales de la atención odontológica no se realizaron perfiles por edad ni sexo. Simplemente se entrevistaron a los profesionales que quisieran participar en el estudio y que mayoritariamente fueron mujeres. Como ya se señaló, se elaboró una guía de entrevista específica para los profesionales.

Para las autoridades y para las coordinadoras del programa se diseñó también una entrevista específica (Anexo B). Las guías de entrevista se estructuraron de acuerdo con la hipótesis y objetivos de la investigación. En todas las entrevistas incluimos una introducción donde dimos a conocer los objetivos y propósitos del estudio, y los entrevistados estuvieron informados en todo momento de la confidencialidad de los datos y de que su voz sería grabada. El guión contenía las temáticas a estudiar y fueron desarrolladas en todas las ocasiones con las personas entrevistadas (Anexo D). En todos los casos se obtuvieron Consentimientos Informados (Anexo C).

5.4. Análisis de documentos

El análisis se realizó en una primera etapa como análisis de contenido (Krippendorff, 1990; Mayring, 2000). En la segunda etapa el análisis se llevó a cabo a través del discurso, descriptivo y crítico (Isaza, 2017), utilizando las categorías cuerpo, boca, factores de riesgo, salud bucal, promoción de la salud y práctica odontológica.

Se realizó una revisión de textos gubernamentales (Roth, 2014)²⁹ correspondientes a la política pública en salud bucal, emitidos por la Secretaría de Salud y publicados en el Diario Oficial. Se escogieron, inicialmente, todos los documentos que incluyeran lineamientos, planes y programas en materia de salud bucal. En segundo término, se revisaron documentos conteniendo los resultados del SIVEPAB y el *Programa de Acción Específico para Prevención, Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal, 2013-2018*.

Otros documentos revisados fueron el Acuerdo Secretarial 132 que establece la formación del Comité Nacional de Salud Bucal para unificar y homologar criterios, procedimientos y contenidos de la vigilancia epidemiológica y las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) (Tabla 2).

Tabla 2. Normas Oficiales Mexicanas en materia de Salud Bucal.

NOM-005-SSA3-2010	Establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
NOM-009-SSA2-2013	Para la promoción de la salud escolar.
NOM-010-SSA2-2010	Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
NOM-013-SSA2-2015	Para la Prevención y Control de las Enfermedades Bucales.
NOM-017-SSA2-2012	Para la vigilancia epidemiológica.
NOM-031-SSA2-1999	Para la atención a la salud del niño.
NOM-036-SSA2-2012	Para la prevención y control de

29 Por textos gubernamentales se entienden por documentos producidos por organizaciones y actores de gobierno, los cuales pueden incluir documentos normativos (leyes, decretos, documentos de política pública (lineamientos, planes, programas, evaluaciones), literatura gris, es decir, informes, estudios y reportes producidos por entidades de gobierno, entre otros. (Roth, 2014) la investigación en políticas públicas: ¿ingeniería social, argumentación o experimentación democrática? *Mundos Plurales*. Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública.1(1) disponible en <http://revistasflagso.edu.ec/>

	enfermedades.
NOM-040-SSA1-1993	Sobre las características de la sal yodatada y fluorurada.
NOM-087-ECOL-SSA1-2002	Sobre el manejo de residuos peligrosos biológicos e infecciosos.
NOM-127-SSA1-1994	Sobre agua para uso y consumo humano.

Después de esta revisión se seleccionaron sólo dos documentos para el análisis, del discurso descriptivo y crítico. La NOM-013-SSA2-2015 (para la prevención y control de enfermedades bucales) y el *Programa de Acción Específico para Prevención, Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal. 2013-2018*. Se consideró que estos contenían el marco conceptual y el discurso que rigen la política pública en salud bucal.

5.5. Análisis de las entrevistas

En esta etapa del trabajo nos dimos a la tarea de reconstruir la realidad de los entrevistados en donde como señala Robles *“debe tenerse claro que la percepción será indirecta, subjetiva y parcial, pues no es posible comprobar o comprender la experiencia del otro tal y como la ha vivido”* (Robles, 2011).

Lo cito:

El análisis es un proceso de reflexión donde “vamos más allá de los datos” para acceder a la esencia del fenómeno de estudio, es decir, a su entendimiento y comprensión [González y Cano, 2010], por medio del cual “el investigador expande los datos más allá de la narración descriptiva” [Coffey y Atkinson, 2005] y conforme va desarrollándose va sufriendo modificaciones de acuerdo con los resultados [Dey, 1993]. Para dar inicio a este proceso algunos autores hacen recomendaciones pertinentes: Hernández et al., [2003], proponen que se revisen todos los materiales antes de cualquier inicio; etiquetarlos, organizarlos y clasificarlos por criterios lógicos, así como evaluarlos por lo completos, legibles y claros que estén. Ratcliff [2002], considera que el desarrollo, tendría

resultados óptimos si se trabaja a partir de códigos, categorías y subcategorías; éstas, deberán comprobarse y vincularse con los temas conforme se avance en la investigación [Ratcliff, 2002, en: Scribano, 2007: 138]. Por su parte, Taylor y Bogdan [1990], recomiendan que el análisis se trabaje en tres niveles: descubrimiento, codificación y relativización (Robles 2011).

De esta manera comenzamos el análisis de las entrevistas primero con *la etapa de descubrimiento*. Codificando cada entrevista, transcribiendo y clasificándose según el lugar y la fecha en que se realizaron. Se realiza una revisión cuidadosa de cada transcripción, cotejando con notas, apuntes y anécdotas que se tomaron por escrito durante todos los encuentros, hicimos un recorrido lógico de los temas de interés y cómo alguno de ellos nos llevó a construir conceptos e interpretaciones de temas que emergieron, así incluimos toda la información que nos permitió crear categorías y tipologías que nos ayudaron a construir nuestros argumentos finales.

Después realizamos *la etapa de codificación* que consistió en dos fases una de *recopilación* por categorías de análisis que consiste en concentrar los datos que se refieren a los temas, ideas y conceptos similares para analizarlos como posibles significados de nuestras tres principales categorías, cuerpo, boca y salud bucal. Sin embargo, en la codificación emergieron significados, de dolor, trabajo, promoción de salud, atención, y relaciones de poder, exclusión. Y la segunda etapa donde se realiza la *comparación de las categorías*, se agrupan y se buscan posibles vinculaciones. Mediante el paquete ATLAS.ti v 22, se establecieron 30 categorías generales a partir de las cuales se generaron las categorías consideradas en este trabajo agrupadas en profesionales de la atención odontológica y sujetos de atención.

Por último, durante *la etapa de relativización* de los datos, se interpretó la información dentro del contexto en el que fueron obtenidos, especificando los datos directos e indirectos, describiendo los contextos, eventos, situaciones trascendentes y significativas para los entrevistados; para comprender y sistematizar mejor la información, se realizaron categorías de análisis que describen los significados de boca y salud bucal para todos los actores investigados.

Por último se realizó la triangulación de la información, articulando por medio de la incorporación de los significados del análisis de los documentos y del análisis de las narrativas de los usuarios con ello se realizaron la incorporación de la estructura de significados a los diferentes discursos, así es que se trianguló la información por categorías, tanto las que concordaban como las que no, se compararon las respuestas de los entrevistados con el análisis de la política, y se retoma el marco teórico para construir después de la triangulación categorías nuevas para explicar y aportará a la comprensión del problema de conocimiento.

5.6. Contexto del estudio

El estudio se llevó a cabo en el “Centro de Salud T-III, Portales” —ubicado Av. San Simón No. 94, Col. San Simón Ticumac, 0366 Alcaldía Benito Juárez— en la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez, y en el “Centro de Salud T-III, Dr. Gastón Melo” —ubicado Av. Gastón Melo s/n, Pueblo San Antonio Tecomitl, 12100 en la Alcaldía Milpa Alta— en la Jurisdicción Sanitaria Milpa Alta.

Los Centros de Salud se dividen en tres tipos, según los servicios que otorgan, a saber: T1, los que cuentan con un núcleo básico de médico-enfermeras y trabajadoras sociales, el T2, que cuentan con los seis núcleos básicos más odontología y el T3 que cuentan con los seis núcleos básicos más odontología y, además, rayos X y laboratorio. Cabe señalar que el Centro de Salud con núcleo básico tienen una cobertura de 100 a 500 familias, su infraestructura consta de un consultorio, sala de espera, en los que así se requiera, habitación para el médico, así como área para curaciones e inmunización, consultorio de observación con una o dos camas, sala de expulsión, cocineta y sanitario.

Los centros de salud fueron seleccionados por las características del territorio en el que se asientan y la población a la que atienden. El Centro de Salud T-III Portales se encuentra en un área enteramente urbana, mientras que el Centro de Salud T-III Gastón Melo, en Milpa Alta, se ubica en un territorio considerado urbano-rural. En ambos casos, además, se tomó en consideración que las posibilidades del acceso a ambos centros de salud eran factibles para la investigadora.

Aspectos e implicaciones éticas del estudio

Los aspectos éticos del presente trabajo fueron aprobados por el Comité del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva.

Dado que no se llevó a cabo ninguna intervención, se trata de una investigación de riesgo mínimo.

En todos los casos las entrevistas se llevaron a cabo respetando los principios éticos fundamentales de la investigación cualitativa y únicamente se realizaron cuando los entrevistados aceptaron participar expresando verbalmente y por escrito su consentimiento informado. Las entrevistas se aplicaron a pacientes que se encontraban en la sala de espera del centro de salud.

Formatos de Consentimiento Informado

El formato de Consentimiento Informado fue presentado ante las direcciones de los centros de salud en los que se realizó el estudio. En él se solicitaba la lectura del consentimiento y la firma del participante y la investigadora. Este formato se presenta en los Anexos.

VI. Principales hallazgos

En este capítulo se presenta el significado que tiene la boca y la salud bucal para los actores entrevistados en el siguiente orden:

a) Profesionales de la atención odontológica.

6b) Sujetos de atención.

c) Programa de Acción Específico y la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015.

La Figura 3 explica la construcción de las categorías finales y la relación de los significados que comparten entre sí.

Figura 3. Etapas de análisis y configuración de las categorías finales. En la figura se muestran las categorías finales de análisis, así como las categoría iniciales que las constituyen: boca agradable (BA), boca anatomía (BA2), boca bonita (BB), boca desagradable (BD), boca enferma (BE), boca fea (BF), boca función (BF2), boca pareja-beso (BPB), boca sana (BS), boca sonrisa (BS2), cuerpo comunicación (CC), cuidado boca (CB), cuidado mujer-hombre (CMH), deterioro cuerpo (DC), determinantes sociales salud-bucal (DSSB), experiencia

de atención de paciente (EAP), inclusión-exclusión (IE), significación boca (SB), problemáticas programa salud bucal (PSSB), propuestas, programas y acciones salud bucal (PPASB), relación odontólogo sujeto de atención (ROSA), relevancia del dolor (RD), salud bucal conceptos (SBC), salud bucal responsabilidad de (SBRd), significados cuerpo (SC), tecnología dental (TD).

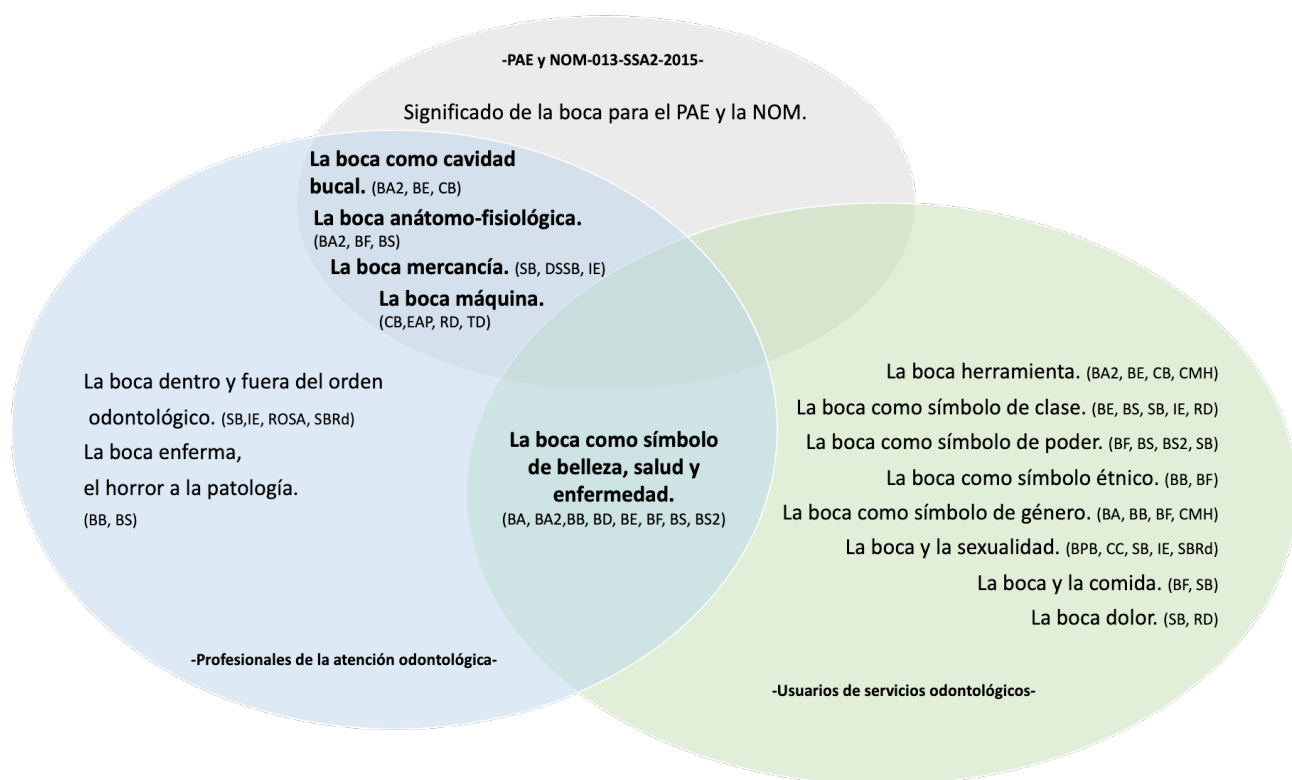




Figura 2. Categorías en relación con los significados de salud bucal.

6.1. Hallazgos encontrados entre los profesionales de la atención odontológica

6.1.1 La boca como símbolo de belleza, salud y enfermedad

Esta categoría final se integra a partir de las categorías: boca agradable, boca anatomía, boca bonita, boca desagradable, boca enferma, boca fea, boca sonrisa y boca sana. Para los profesionales, el cuerpo, teóricamente, es una sumatoria de partes, y la boca un entramado de figuraciones anatómicas, la parte del organismo que realiza funciones vitales como hablar, comer, nutrirnos, sonreír, expresarnos. Su función estética es trascendental, relacionada con la armonía de los tejidos blandos y duros en relación con los dientes e incluso con sus proporciones.

Tener una boca bonita es mantenerla en estado óptimo, saludable, funcional, con dientes completos, sin movilidad y sin placa dentobacteriana. Los labios deben ser sanos, hidratados, de color rosa, con tejidos normales.

La boca sana, para los profesionales de la atención odontológica, no está dada de manera natural, y en cierto sentido es una especie de premio. Representa

la realización de un esfuerzo, una construcción que la propia persona se ha empeñado en alcanzar. La boca limpia, los dientes blancos y en posición armónica, no sólo consolida la característica de sano, sino de lo bello.

Una boca bella se suma al orden estético de las exigencias del cuerpo. Aunque tener la boca sana no se refiere a una blancura dental deslumbrante, ni a la posición correcta de los dientes, esta imagen está instaurada como código de belleza. Es parte de la oferta de los medios publicitarios y de las empresas de materiales dentales.

Los profesionales de la atención odontológica se insertan en un discurso dominante capaz de imponer un orden de belleza que legitima su práctica, aludiendo a que una boca sana es además de una boca sin caries ni enfermedades bucales, una que tiene dientes completos y blancos, perfectamente alineados, aunque en el sistema público de atención sea muy difícil la realización de esta meta. Los profesionales sienten la necesidad de instaurar ese orden de belleza y en consecuencia el valor estético de la boca se encuentra por encima de su salud. En este sentido no queda claro lo que significa exactamente tener una boca sana y saludable. La posibilidad de ser dentista está en la boca de sus pacientes. La forma simbólica más representativa para ella es la sonrisa, su propia boca toma relevancia porque puede demostrar alegría.

¿Para qué una persona te parezca agradable o sana cómo tendría que ser esa persona físicamente?

G.E2039.MA. -Hijole, pues como yo soy dentista, en lo primero que nos fijamos es en los dientes, entonces para que una persona sea agradable, en lo primero que nos enfocamos es, desgraciadamente para los demás, la cavidad oral, en la sonrisa, en el aliento, en su forma de vestir, el cuidado personal.

¿Cómo se describiría una boca bonita, sana?

E50HMA1. -Los dientes limpios, bonita sería como una línea de sonrisa, normalmente se ven siempre los dientes superiores, hay otra es sonrisa gingival que cuando sonríen se ve mucho la encía, esa sería una boca no bonita.

¿Cómo es una boca fea?

E50HMA1. -Creo que la limpieza, que esté sucia, que tenga sarro, cuando platique o sonrío se ven los dientes manchados o que tengan dientes muy chuecos, eso hace que si no hay buena limpieza se acomoda ahí la comida.

¿Qué es una boca bonita o una fea?

E4OMA.- Una boca bonita pues una sonrisa coqueta, dientes limpios, blancos, sin halitosis, y una boca sucia es que tenga restos radiculares, que tenga caries, pero ya totalmente desecha.

¿La boca forma parte de la integración a grupos?

E4OMA.- sí es importante, porque te sientes agradable, importante, seguro, es tu autoestima.

¿Usted identifica las partes de la boca, como diría que es una boca agradable, o una boca desagradable?

E1044.MA.- Pues una boca agradable, pues yo creo que a simple vista, se ven unos labios bonitos, bien formados, al hablar unos dientes derechos, una encía sana rosita, aja y cuando es desagradable pues habla el paciente, pues no trae dientes, o tiene demasiada placa dentobacteriana, mal aliento aja....

¿Usted cree que su boca es agradable? ¿Cómo sería una boca bonita?

E1HA65.MA.- Este, pues creo que sí. Híjole, es que bonita que sea funcional. Es que eso es un aspecto muy subjetivo, hay viejitos que tienen ausencia de piezas y tienen una boca bonita y una sonrisa bonita.

¿Cómo es una boca sana, bella, fea, qué imagen?

E2AMA.- ¿Cómo visualizo la boca? Es parte de mi organismo que realiza diferentes funciones vitales, por ella ingerimos alimentos que nutren nuestro organismo para tener una buena salud. Aparte de las funciones de hablar, sonreír, expresarnos para tener comunicación con los demás. La

visión de una boca bonita es estar en un estado de salud con la integración, tanto de forma funcional en un equilibrio de estructuras, de tejidos blandos y de nuestros órganos dentarios, musculaturas, y que todo esté en equilibrio y armonía para desarrollar estas funciones, una boca bonita es funcional.

6.1.2. La boca dentro y fuera del orden odontológico

En esta categoría se consideran: inclusión y exclusión, relación odontólogo y sujeto de atención, la salud bucal responsabilidad de y, significación de la boca. El significado de boca para los profesionales cambia cuando se les pregunta acerca de su cuerpo, su boca y su experiencia propia. Sus significados se alejan del orden odontológico y se convierten en personas comunes, se convierten en pacientes y cambia significativamente su posición de poder, pues en ese momento se piensan como personas con problemáticas en el trabajo, con los hijos fuera del orden odontológico y viven su cuerpo y su boca de una manera casi antagónica al significado que le dan siendo profesionales. Es ahí cuando, contradictoriamente, el poder odontológico los constriñe y les hace significar a la boca como subalternos, pues ningún profesional reconoció tener una boca sana. Ni cepillarse después de cada alimento, ni asistir a la atención odontológica de forma periódica. Y mucho menos tener una boca con dientes blancos e impecables.

¿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 creo que más o menos está aceptable.*

¿Usted cree que su boca es agradable? ¿Por qué?

E2OM35.- *Sí La considero sana, si le pongo mucha atención a la higiene sobre todo, si veo por ahí tengo algún problema lo trato inmediatamente.*

¿Cómo sería una boca bonita? Igual, sana.

¿Cómo se siente usted cuando ejerce su profesión? ¿Por qué?

Me gusta. Para empezar es una actividad para mí que no me produce ningún tipo de estrés, es una actividad placentera, y además a esto aunado a que cada que viene un paciente, lo podemos ayudar, bueno lo puedo ayudar, en cuestión de, lo que sea que le haga lo voy a ayudar, hasta platicar con el de prevención, lo voy a ayudar.

¿Cómo se sentiría usted si le faltarán dos dientes? ¿Y fuera evidente?

E2OM35.- *Mal. ¡Ah sí mal! obviamente, si claro. Por qué empezar este, porque sería básico, sobre todo si afectaría para el habla ¿no?, digamos que de presencia también, hasta el sonreír, y sobre todo si no podría realizar cuestiones básicas, como la alimentación, o me afectarán ¿no?, entonces sí, sí me afectaría.*

¿Sientes que tu boca es agradable?

E5OHMA1.- *Pues yo creo que un 50/50, porque yo necesito tratamiento de ortodoncia, no lo he hecho porque los tiempos y dinero, pero en cuanto a lo demás sí trabajo poco a poco, desde pequeño no tuve una formación por parte de mis padres de “cepillate los dientes, vamos a cepillarnos los dientes”, entonces en mi familia es falta de cultura sobre la salud bucal porque aunque mis papás sabían que teníamos que cepillarnos, mis hermanas y yo, ellos no eran de estar constantemente, entonces eso nos crea problemas desde pequeños[...] por la sociedad sabes que tienes que cepillarte, por las relaciones personales, no puedes ir con la boca sucia.*

¿Usted piensa que su boca es agradable?

E1O44.MA.- *Y... pues no mucho. Tengo como los dientes salidos, pero el detalle es que necesito muchas extracciones, soy una cobarde (risas) nada más por eso, pero en cuanto a higiene sí.*

6.1.3. La boca como cavidad bucal

En esta categoría se consideran: la boca anatomía, la boca enferma, y significación boca. La exigencia por el aprendizaje del lenguaje técnico en el orden odontológico creó un mundo de significaciones de poder. Aprenderlo era más que sólo saber un idioma nuevo para identificarte como profesional; también significa ingresar a un estatus nuevo, alto, importante. Si bien funciona para la comunicación y la transmisión del conocimiento, este lenguaje alejó a los sujetos de atención de su propio cuerpo, y después del mundo social. Los profesionales se refieren siempre a la boca como cavidad oral, hueco importante en donde desarrollarán todas sus habilidades. Objeto de trabajo para toda su vida profesional, la cavidad oral le da sentido a su práctica. Para los profesionales, la cavidad oral es como debe llamarse correctamente a esa parte del cuerpo.

¿Cómo es una boca funcional?

E50HMA1.- *En sí tenemos diferentes dientes, todos son importantes porque tienen una función, tenemos los frontales que sirven para cortar, caninos para desgarrar, molares para triturar, entonces si nos falta algunos de estos dientes no podemos cumplir con esa función y todos son importante para comenzar la función de la digestión.*

¿Para qué una persona te parezca agradable o sana cómo tendría que ser esa persona físicamente?

E2039.MA.- *Híjole, pues como yo soy dentista, en lo primero que nos fijamos es en los dientes, entonces para que una persona sea agradable, en lo primero que nos enfocamos es, desgraciadamente para los demás, la cavidad oral, en la sonrisa, en el aliento, en su forma de vestir, el cuidado personal.*

¿En términos de imagen, cómo describiría una boca sana?

E2AMA.- *Integración completa, ver la parte externa, la forma de sus labios, comisuras, apertura, ver dientes y totalidad de piezas dentales, mucosas, y que esté limpia[...]que no esté presente placa bacteriana o calcificación, cálculo dentario, tártaro, encías inflamadas que no estén sangrando...no es tanto que el diente tenga que estar blanco para decir que es una cavidad bucal sana porque la pieza dental su coloración se va dando a medida de lo que es la parte interna*

(dentina) a medida que vamos creciendo cambiar a un tono ligeramente más amarillito, eso no quiere decir que una sonrisa sana tiene que ser por completo una sonrisa blanca, eso es mercadotecnia.

6.1.4. La boca anatomo-fisiológica

En esta categoría se consideran: la boca sana, boca función y boca anatomía. La anatomía humana es el estudio de la estructura del cuerpo y la fisiología el estudio de la manera en que funciona. La anatomía se distanció del ser social para conocer y describir todos sus niveles de funcionamiento biológico, desde la célula, el tejido, el órgano, sus funciones dentro de los diferentes sistemas. Maravillados por sus funciones biológicas la anatomía y la medicina se olvidaron de regresar al cuerpo a su incorporación social.

La boca anatomo-fisiológica es hoy el significado dominante en los discursos de los profesionales de la atención odontológica: La conjunción de órganos y tejidos hacen que la boca sea un esquema descriptivo de células, músculos, huesos, encía y dientes. Sus funciones están basadas exclusivamente en el orden biológico, anatómico y fisiológico. Al preguntar qué significa la boca los profesionales están preocupados por describirlas como si estuvieran en un examen de anatomía, afirman en su discurso el distanciamiento del ser social. Los dientes adquieren una importancia trascendental, pues son el significante principal de la boca. Son su rasgo pertinente³⁰, sin ellos la boca ya no es boca. Ahí se descubre la exclusión simbólica de la boca sin dientes asociada a la vejez.

***E2OM35.-** Bueno, son los tejidos, en general tejidos blandos y tejidos duros, tejidos blandos desde el paladar, el paladar blando, el paladar duro, las encías, los ligamentos, tejidos duros es hueso, la estructura dental, como tal, todos los huesos que están involucrados pues son varios, principalmente pues son maxilares y la mandíbula, pero también está relacionado muchísimo desde músculos, ligamentos, este, faciales, también tienen relación con la boca o tiene*

30 El rasgo pertinente es la característica que simbólicamente distingue a la boca de otras partes del cuerpo.

inserciones en la lengua, la lengua tiene muchos músculos, entonces son muchas partes de la boca.

***E3OM.-** Cuáles son las partes, pues simplemente los dientes, los labios, la lengua, este, las encías, todo eso, músculos, todo.*

¿Qué importancia tiene la boca por ejemplo en el Programa de Salud, están tomados en cuenta estos atributos de la boca?

***E2AMA.-** Sí, en los diferentes programas que se manejan en los servicios de salud sí se ve reflejada la importancia de la cavidad bucal y sus funciones porque nosotros no somos sólo un órgano, somos una variedad de órganos que trabajan en conjunto y las actividades que se realizan para mantener un estado de salud en nuestra cavidad bucal sí se contempla, tanto en el espacio funcional y estético, y un estado general de salud.*

6.1.5. La boca máquina

En esta categoría se consideran: cuidados boca, relevancia del dolor, la relación odontólogo-sujeto de atención y experiencias de atención de pacientes. La máquina es un objeto fabricado por una serie de piezas ajustadas unas con otras que se usa para realizar un trabajo determinado, habitualmente transformando una forma de energía en movimiento o trabajo.

La odontología moderna privilegia la funcionalidad biológica de la boca, no del ser humano social. El resultado es que la boca significa una colección de órganos que deben engranar de manera casi perfecta. La boca perfecta se percibe como un organismo-máquina que combina sutilmente una colección de órganos y funciones potencialmente reemplazables. El sujeto y su boca no aparecen enlazados en la organicidad del cuerpo con su entorno. La boca está individualizada para efectos terapéuticos, y alcanza el estatus de objeto de estudio sólo cuando su valor de cambio la convierte en mercancía.

La boca máquina da reconocimiento al trabajo del profesional, lo significa como un restaurador del desorden —“funciona y yo lo hice funcionar”—, un

agente que arregla las partes que puede y pone en su sitio lo que no estaba en su lugar. En este sentido, las enfermedades bucales existen por fallas en el mecanismo cavidad bucal. Son las intrusas originadas por causalidades mecánicas.

¿Cómo es una boca funcional? ¿Qué otra función relevante de la boca?

E50HMA1.- *En sí tenemos diferentes dientes, todos son importantes porque tienen una función, tenemos los frontales que sirven para cortar, caninos para desgarrar, molares para triturar, entonces si nos falta algunos de estos dientes no podemos cumplir con esa función y todos son importante para comenzar la función de la digestión. La primera la digestión, porque desde allí comenzamos con nuestra salud, con los nutrientes. Otra sería el habla, la comunicación porque muchas veces, aunque podamos hablar, pronunciar palabras, si nos falta un diente o tenemos caries tratamos de no hablar o no sonríes.*

¿Cómo visualizo la boca?

E2AMA.- *Es parte de mi organismo que realiza diferentes funciones vitales, por ella ingerimos alimentos que nutren nuestro organismo para tener una buena salud. Aparte de las funciones de hablar, sonreír, expresarnos para tener comunicación con los demás. La visión de una boca bonita es estar en un estado de salud con la integración, tanto de forma funcional en un equilibrio de estructuras, de tejidos blandos y de nuestros órganos dentarios, musculaturas, y que todo esté en equilibrio y armonía para desarrollar estas funciones, una boca bonita es funcional*

¿Cuándo atiende un paciente le informa todos los padecimientos que va viendo en la boca? ¿Le explica verbalmente, utiliza un esquemita?

E2039.MA.- *Si. Llevamos un formato de historia clínica, y llenamos en la primera consulta todo lo que encontramos en el paciente, al final del al consulta*

le explicamos al paciente, sabe que tiene tantas caries, tantos dientes con pedazos de raíces obviamente en un lenguaje que él lo entienda, va a necesitar que se haga limpieza, extracciones, colocaciones de amalgamas se le explica todo eso en sus primeras consultas y de ahí ya se va programando de acuerdo a las prioridades de, a veces del paciente, a veces de las que nosotros consideremos prioridad.

¿Si usted convive con personas que tienen una boca desagradable preferiría que no fuera así?

***EIOM52.-** Pues obviamente que el trato se les da, pero si tengo la oportunidad de comentar, “sabes qué, arregla tu boca ¿no?”, a veces pierde el miedo al dentista o quiere tener un poquito más. Porque muchos pacientes por cuestiones emocionales de que ellos no se aceptan o que están en depresión pues descuidan ese aspecto.*

6.1.6. La boca-mercancía

En esta categoría se consideran: inclusión-exclusión, determinantes sociales de la salud bucal y significación boca. La mercancía es un objeto que tiene dos clases de valor. El valor de uso y el valor de cambio (o valor propiamente dicho). El valor de uso de la mercancía se funda en las cualidades propias de la mercancía, la cual, en virtud de sus cualidades, se encuentra destinada a satisfacer las necesidades para las que fue hecha. En este sistema de reproducción social el cuerpo también es una mercancía. Si la boca proporciona necesidades vitales como comer, alimentarse, hablar. ¿Cómo se calcula su valor de cambio?

La base del cálculo del valor de cambio es el trabajo humano necesario para la producción de una mercancía. La mercancía es procesada por el trabajador mediante el trabajo humano, que es la sustancia generadora que da existencia a las mercancías. Por lo tanto, todas las mercancías, aun cuando difieran entre sí por sus cualidades, son perfectamente idénticas en su sustancia.

En el intercambio que se hace durante el consumo de servicios, la boca es la parte del cuerpo más olvidada en los servicios de salud pública. En el servicio

público la atención de la boca no figura con la relevancia con la que figuran otras partes del cuerpo. Sin embargo, su atención —que no necesariamente significa un incremento de la salud bucal— se ha valorado como una de las de más alto costo en el mercado, aparentemente debido al elevado costo de los insumos para practicarla. Este es el argumento que los responsables de las políticas públicas esgrimen para no facilitar en el sistema público tratamientos más allá de los básicos, y dejar el resto de las terapias en manos de la atención privada.

La boca es para el mercado una de las mercancías más valiosas, pese a que no todas las personas puedan acceder a la rehabilitación completa. Como consecuencia, tal como ocurre en otros casos en los que rige la lógica del mercado, al final los sistemas públicos de atención terminan ampliando las desigualdades sanitarias.

- ¿Qué limitaciones cree que tengan los pacientes para asistir a las consultas odontológicas, en general, no solamente las que puedan dar aquí en salud pública, sino en un privado?

***EIHA65.MA.-** Pues aquí en salud pública no tiene ninguna limitante más que quieran asistir. Y en medio privado el económico.-¿Muy caro?-Sí, el dentista es muy caro.-¿Usted cree que haya tratamientos odontológicos exclusivos o diseñados para la población de bajos recursos, qué se diseñen los programas o los tratamientos para gente que se sabe que no tiene los recursos para pagar incrustaciones, piezas fijas, prótesis fijas, ese tipo de cosas son más caras?-Pues si hay programas ¿Pero si están diseñados para tener esa población?-Si-¿Considerando los recursos?-Si, porque por ejemplo, tenemos la Clínica de odontogeriatría, ahí a los adultos mayores les hacen sus prótesis y se las descuentan a través de su tarjeta.-¿Cree que haya diferencias sustanciales entre la atención pública y la privada a la salud bucal?*

-Híjole, parte del personal, no. A veces aquí se brinda mucho mejor atención que en un medio privado, nada más la diferencia es esta...

- ¿El dinero?

Sí.

6.1.8. La boca enferma, el horror a la patología

En esta categoría se consideran: boca sana y boca enferma. Todo lo que no es normal está enfermo. La ausencia de la enfermedad es una exigencia que se expresa en el significado que los libros de texto, los organismos internacionales y los programas públicos atribuyen a la salud bucal. Y transmiten como significado legítimo a los profesionales.

La exigencia por tener la boca como un vaso transparente y limpio es una constante que exigen los profesionales, pero que asumen las personas, aunque esta exigencia no tenga una traducción práctica en su discurso. Es el punto de partida para observar, tratar y clasificar a la boca. Se tiene horror a lo discontinuo, a lo asimétrico, de nuevo el canon de belleza se impone.

E4OMP- “no se los cepilla y también en la boca ver una periodontitis, una gingivitis, una placa bacteriana muy evidente, por supuesto que sí, es muy desagradable”.

- *¿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.”

6.2. Hallazgos encontrados en los sujetos de la atención

6.2.1. La boca como símbolo de belleza, salud y enfermedad

En esta categoría se consideran: boca agradable, boca bonita, boca desagradable, boca fea, boca sana, boca sonrisa y significación boca. Esta categoría es compartida con los sujetos de atención en términos semejantes y compatibles con los planteados por los profesionales.

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

E4H70.- *La la, labios, el tamaño, este...-¿El tamaño de los labios o de los dientes cómo le parece a usted que es bonito o que es...?-Pues estético, que sean, delgados, finos ¿no?-¿"Finos" es pequeños?-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.-¿Pero cómo es para usted una boca que es "sana"?-Pues que se vean bien los dientes, limpios, que el aliento no sea...Que no tenga mal olor...-Mal aliento, si.-¿Y el tamaño por ejemplo, qué le parece una boca bonita?-Ya eso como las modelos ¿no? Si pues eso.*

¿Qué le parecería usted qué es una boca enferma?

E11M22.- *S: Este, llena de caries, este, con mal olor y los dientes amarillos.*

¿A ti te parece que una persona sin dientes es desagradable?

E2M27.- *¡Ay por qué me preguntas eso! No puede ser posible. Mira antes, si la verdad, antes yo sí lo sentía muy desagradable si una persona que "hay Dios mío, qué le pasó", y la verdad si, caras de "huug, que ni me hable". Pero ya conviviendo con las personas que conoces, porque si conozco dos, tres, cuatro, cinco personas, de cinco a seis personas conozco y que me tocó verlo o sea, ver como se quitaban la dentadura y yo así como que "uy no puede ser es en serio", y te das cuenta pues que si porque hasta mi mamá me lo ha dicho ósea, "a la hora que se te cae un diente si tú lo quieres tener, puedes ir a que se te ponga uno postizo" y yo así de "ahhh", y ahora sí que te abres la mente y te quitas esos pensamientos. Porque te digo, anteriormente "ah mejor me voy a sentar de aquel lado" o "mejor ahorita vengo", cositas así. Últimamente, empezando por casa o sea mi tía, la amiga de mi mamá te quedas así de "ay" y hasta llegó a surgir la pregunta de "mamá, ¿por qué tal persona hace rato no hablaba bien y ahorita resulta que ya habla mejor?" y pues te quedas, así como que observando observando... "ahhh, cómo es que ya tiene dientes si hace rato no tenía dientes". Y dices "ahhh es una dentadura". Pero te digo esa era mi mentalidad. Ahorita si*

vuelves a hacer la pregunta yo creo que no, lógicamente, dicen que le quede bien la pieza, que no le maltrate, que no le infecte, pero ahora ya hasta risa me da y digo ojalá yo fuera como ellas–risas–.

¿Y una boca desagradable?

E6MMA1.- *dientes chuecos, sucios, mal aliento, fuegos.*

6.2.2. La boca como símbolo de clase

En esta categoría se consideran: inclusión-exclusión, boca enferma, boca sana, relevancia del dolor y significación boca. La boca desdentada constituye un símbolo de fealdad en todos los actores. Una boca sin dientes es una discapacidad, y una limitación para estar con los demás, para comer y para hablar. Es una boca débil. Una boca sin dientes es una boca de pobres, sobre todo si en ellas no hay huellas de rehabilitación. En esta boca el rasgo pertinente que la hace ser boca se ha perdido, los dientes. La boca simboliza y sintetiza los procesos de trabajo, de sufrimiento y de exclusión.

Sin embargo, la boca desdentada no siempre significa detrimento, ni ingresos económicos bajos. La riqueza y la abundancia describirían a una boca desdentada, pero con prótesis, rehabilitada, en donde la persona pudo pagar una rehabilitación que le regresó la función y la estética.

Las personas también significan la pérdida de dientes como un descuido. Se tiene miedo de perder dientes en la juventud, sobre todo si son anteriores.

En las personas de la tercera edad y con escasos recursos está normalizada la boca desdentada. En este caso la boca desdentada es símbolo de vejez, de detrimento, de minusvalía.

La boca también es un símbolo de inclusión y exclusión de los grupos. Las personas sienten vergüenza cuando hay mal olor, cuando faltan dientes. Algunas de ellas se han sentido rechazadas por tener estas características; sin embargo, ante la imposibilidad de atención, resignifican su estado y se acostumbran a no tener dientes.

¿La boca tiene que ver con la pobreza y la riqueza?

E6MMA1.- No debería, pero sí pasa, porque desafortunadamente el decir pobreza se relaciona con falta de educación[...] la parte social influye mucho, porque una persona con dinero es más vanidosa y es una persona que quiere entrar en un círculo social, y en círculos por cosas superficiales, estéticas, entonces procuran a lo mejor no tener un cuidado clínico correcto, pero sí un cuidado estético

¿En tu casa hay alguna persona que no tenga dientes?

E11M22.- Mmm bueno solo mi abuelito, pero ya está grande, entonces él ya no...

¿Para ti se te hace desagradable que tu abuelito no tenga dientes?

-No, pues yo creo es algo normal, algo natural, usa su dentadura y todo.

¿Una boca sin dientes es desagradable?

E6MMA1.- a mí en lo personal no, es sinónimo de es bebé o adulto, pero una boca sin dientes a otra edad sí

¿Alguna vez te has sentido excluida?

- A mí misma, por ejemplo, ya perdí dos piezas por la descalcificación, me enojo conmigo misma ¿por qué a mi edad si estoy tan joven debo usar una prótesis? Ahorita llevo levantada desde las 5 a.m. y ya pasaron muchas horas sin cepillar los dientes, sin agua, ni un dulce, para mí ya es desagradable.

¿Tú crees que la boca sin dientes signifique pobreza, descuido, sufrimiento?

E2M27.- Pues yo creo que pobreza económica porque es lo que te digo, esta amiga que vive con nosotras al principio yo veía que no tenía la posibilidad de atenderse. Porque ella trabajaba planchando ropa y ahora que está con nosotros como que ya tiene el tiempo, la calma, la tranquilidad de verse tantito por ella. Entonces como que ya sonrío más. En mi como que ya no está la crítica de ver la dentadura.

6.2.3. La boca-herramienta

En esta categoría se consideran: cuidados mujer hombre, boca anatomía, boca enferma y cuidados boca. La boca para las personas ha tomado un lugar en la oscuridad, pues las condiciones de vida y trabajo les hace valorarla sólo como una herramienta que permite trabajar como se pueda, que sea resistente, que sirva para lo que es y que les permita seguir sin que sea un obstáculo.

Para los hombres, sobre todo, no es la parte de cuerpo a la que ponen más cuidado. Su boca aparece sólo con las experiencias de dolor. La relación con el cuerpo y su boca es instrumental. Si alguna pieza dental se pierde, no queda más que resignarse y seguir. Es normal que eso pase.

Las experiencias de las personas con su boca están relacionadas con el trabajo, la vida cotidiana y si tienen una relación con la atención y la relación con un profesional, es porque han tenido dolor. Su relación siempre es de dominado, pues atribuyen el poder del conocimiento al profesional.

Quitarse las muelas es la experiencia más común, pues esto les quita el dolor, les permite sobrevivir. A pesar de los avances tecnológicos y de los tratamientos innovadores, estos no están al alcance de la mayoría.

- ¿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 “Ay 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 acerca 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... ay, mejor ni voy a hablar...

6.2.4. La boca como símbolo de poder

En esta categoría se consideran: boca sana, boca sonrisa, significación boca y boca fea. A lo largo de las narrativas de los sujetos preguntamos qué imagen se les venía a la cabeza cuando decíamos boca hermosa, o bonita, en la mayoría de los casos eran bocas de mujeres, actrices de cine o de televisión, con dientes muy blancos, alineados, y con labios rojos. Eso denotaba fuerza, poder, dinero y salud.

Como hemos señalado, en las sociedades actuales la boca simboliza poder, pues sus significados y representaciones se valoran a través del cristal impuesto por las clases dominantes. El modelo de estas clases domina a las clases subalternas, instaurando un único orden legítimo de belleza y de salud. La boca del odontólogo funciona también como modelo a seguir, denota seguridad, le confiere más poder por sobre sus subalternos. En este significado colocamos el poder del orden odontológico en la práctica clínica, cuando el paciente se subordina ante el profesional.

¿Tu consideras que una persona bella es una persona sana?

E2M27.- Pues viendo comerciales ahora en el internet y eso yo creo que no. Como dicen esa belleza algún día se va a acabar, algún día. Y nosotros que somos de bajos recursos, pues igual no tienes esos lujos de, que, de la operación, que de maquillaje, que las terapias. Pero también viene la otra parte que, aunque tengan todo el dinero del mundo... por el momento me he enterado de... ahhh, Shakira, que se ha operado, que se ha puesto no sé qué, nos encantó, pero es que, pues si pero aún así todo eso que se inyectan que se ponen, a la larga a corto plazo le vienen infecciones, tonces digo, dónde quedó eso, la belleza. Ya al rato ya no se dejan ni fotografiar ni que las cámaras la capten, cosas así.

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

E2M27.- Creo que si. Porque la primera vez que asistí, había pasado mucho tiempo entonces decía “ay 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!”... “Está bien, perfecto, no tiene nada, solamente va a querer brotar una pequeña caries, nada más con que se cepille frecuentemente la quitamos” ... “gracias, con permiso”. La segunda visita, no pues que va a haber algo especializado de blanqueamiento y nose que “yo quiero ir, blanquearme”, “no todo perfecto, pero bueno, vamos a aplicar no sé qué, no se cuánto”. Y ya o sea, la vez que me dolía la muela del juicio, no quiero abrir la boca porque se me hace que eso ya se ve horrible, si tu cuando te ves en el espejo medio alcanzas a ver y dices “chin, ya está eso feo” y ya te presentas con el doctor, “sabe que doctor tengo así y así pero no la puedo abrir...! ábrala!, no puedo, ¡que la abra!, está bien”. “No pues no tiene nada, si le movemos aquí puede suceder esto... ha gracias”. Yo creo que me predispongo a lo que te va a decir el doctor. Y cuando llegas dices y lo que yo pensé, nada más te quemaste el cerebro pensando en mil cosas y no, no puede ser. Pero pues, en desventaja yo creo que sí porque es el médico, es el especialista, es el que ahora si se sabe todo acerca de, uno qué va a saber, entonces yo creo que, en ese sentido, sí.

¿En el trato?

-Han sido muy amables, como que se conectan contigo.

¿Cuál es la forma de una boca bonita de mujer?

E6MMA1.- *principalmente que se vea limpia, se me viene una imagen comercial, de alguna boca carnosa, rojita, dientes súper blancos y derechos.*

¿El tamaño de los labios o de los dientes cómo le parece a usted que es bonito o que es...?

E4H70.- *Pues estético, que sean delgados, finos ¿no? -*

¿” Finos” es pequeños?

- 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.

- ¿Pero ¿cómo es para usted una boca que es “sana”?

-Pues que se vean bien los dientes, limpios, que el aliento no sea...Que no tenga mal olor...

-Mal aliento, sí. -

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

-Ya eso como las modelos ¿no? Si pues eso.

6.2.5. La boca como símbolo étnico

En esta categoría se consideran: boca bonita y boca fea. 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.

Ah muy bien, bueno, la primera parte de la entrevista es, eh ¿cómo percibes tu cuerpo? Es decir, ¿qué partes de tu cuerpo te gustan o qué partes no te gustan?

E8H37.- R: *De manera sicológica ¿no? cognitiva. Pues todo me gusta de mi cuerpo, todo, no tengo ningún eh, tuve un accidente con mi dedo, me lo rebané, me costó trabajo volver al piano y así, pero, este fue único problema como que...*

Que tuviste.

-¡Ajá! Cuando era muy pequeño como que se burlaban porque tenía la nariz ancha, los labios muy gruesos, los oídos grandes, o porqué estaba morenito y así, pero, bueno, eso creces y te das cuenta que es parte de tu fenotipo o sea...

¿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 vienen indocumentados y están...*

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

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

¿“Finos” es pequeño?

- 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?

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

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

- 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?

- 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?

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

6.2.6. La boca como símbolo de género

En esta categoría se consideran: cuidados mujer hombre, boca bonita, boca fea, boca agradable y boca función. Existe una diferenciación cultural por sexo. La diferencia es en primera instancia anatómica entre hombres y mujeres. Después se vuelve en una especie de exigencia estética para las mujeres por tener un color, una forma aceptable, incluso una exigencia de arreglo con maquillaje, que resalta lo sensual de la boca de las mujeres. Ninguna mujer es bella si le faltan dientes anteriores. La boca masculina no tiene que cumplir ningún requisito de exigencia excepto la limpieza, y que no presente mal olor.

¿Quién se cuida más, hombres o mujeres?

E6MMA1.- probablemente las mujeres por cultura, el hombre casi no necesita cuidarse porque no tiene tantas debilidades, es más básico, o a lo mejor tiene ese prejuicio de que no puede ser débil.

¿Cómo te parece una boca bonita?

E8HMA.- Que esté limpia.

¿Hay diferencias entre hombres y mujeres?

- Yo digo que sí [...]porque las niñas como que se tardan más para arreglar

¿Por saludo porque les guste?

-Por salud.

¿Y los niños?

- Porque los niños solo se cepillan la boca se peinan y ya, en cambio las niñas en lo que se maquillan y todo eso.

¿Quiénes han sido más excluyentes, mujeres u hombres?

E2M27.- *Pues yo creo que mujeres. Porque de hecho si me he juntado más con los hombres. Y me preguntan por “qué no te juntas con nosotras”. Pues es que me siento mejor con los hombres, ahora sí que a los hombres les vale cacahuete como estés, como te veas, si te maquillaste si no te maquillaste, o sea, te hablan y punto y no se fijan en eso. En cambio, las mujeres “ha ya viste como se pintó, ya viste como se vistió”, como que son más detallistas y los hombres no. De hecho, te digo en la secundaria en primer año que estaba en Jilotepec “¿y por qué estás con los hombres”, vente para acá”, y ya cuando llegué aquí a la ciudad de México, este, las mujeres por más que me querían incluir en sus círculos yo no me sentía a gusto.*

¿Tú crees que las mujeres cuiden más su cuerpo o su boca que los hombres, o que haya diferencias en el cuidado?

E11M22.- *Mmm yo creo que es cincuenta, cincuenta, así como puede haber hombres también pueden ser mujeres, yo creo que todo eso viene desde la educación que le dan a uno de chico.*

¿En cómo te cuides?

-Mmj

¿Quién cree usted que presente más problemas bucales, los hombres o las mujeres?

E7M32.- *Yo creo que las mujeres.*

Las mujeres ¿por qué?

-Sí, porque hay mujeres que no se cuidan, hay mujeres que dicen, ay me vale.

¿Y los hombres, usted cree que cuiden más?

- Yo siento que sí, más los que trabajan en oficinas.

- Nunca, mmj ¿Qué es lo que cuidan...? ¿Usted cree que hay alguna diferencia entre lo que cuidan más los hombres de su cuerpo y lo que cuidan más las mujeres?

E7M32.- Sí.

¿En qué?

-Bueno, las mujeres cuidamos mucho nuestras partes íntimas y los hombres como así que les vale, y dicen, ay no.

6.2.7. La boca y la sexualidad

En esta categoría se consideran: boca pareja-besos, cuerpo comunicación, inclusión y exclusión, salud bucal responsabilidad de, y significación de la boca. La boca es pensada como algo indispensable para la comunicación en general, sin embargo, adquiere una importancia trascendental cuando se presenta ante el otro o la otra para establecer relaciones amorosas. En este significado ni la salud ni el orden odontológico tienen sentido, pues la boca es un vehículo de entrada a la seducción y nunca se separa del cuerpo constituido. El beso se desprende de la boca para crear un vínculo, con múltiples connotaciones sociales y personales, conecta a lo sexual, a lo sentimental, al desarrollo de valores entre las relaciones afectivas. Se encuentra totalmente fuera del orden odontológico.

¿Qué piensas del beso?

E6MMA1.- *Pues en realidad es algo asqueroso compartir fluidos pero al final es un acercamiento físico que el cuerpo necesita, así como el tacto.*

¿Cuándo uno besa ¿está pensando en la higiene?

- Híjole yo sí porque a final de cuentas si tú tienes como alguna herida, y son fluidos, sí es muy importante eso de los aromas y sabores, pero sí siempre estar como al pendiente de sabores no agradables o aromas que te alertan.

¿En tus relaciones de pareja ¿la boca ha sido importante?

E8H37.- Sí.

¿Te fijas, te das cuenta, te importa mucho, cómo...?

-Pues la verdad es que, que, en el sentido de lo sensitivo, que son mis labios, porque son mmm... me he llegado a gustar así solo muy suavcito con algunas, es súper, ese tejido está en muchas partes de nuestro cuerpo, eso es súper importante.

¿Cómo cambia su relación con su pareja si su boca está enferma?

E7M32.- *Mmm pues así de que no hablamos casi, somos de las personas que tenemos comunicación y no podemos hablar por lo mismos, nos molesta o, ya que yo me tapo, o él se tapa*

¿En qué 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?

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

¿Para ti cuál es un cuerpo saludable?

- Que esté bien, que no tenga enfermedad.

¿Cómo describes una boca saludable?

- Limpia de los dientes, que no tengan comida, 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?

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

¿Para qué crees que sea importante la boca?

- 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?

- 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...

Sí, tus ojos son muy bonitos, muy sensibles... Y a ti te parece que, digo, ahora que mencionaste la boca y dices, bueno la boca es una parte importante, ¿por qué te parece importante, por qué es importante para comunicarse, o sea qué es lo que tú haces con tu boca que te ayuda a comunicarte, que te ayuda?

E11M22.- Los movimientos, hablar y, yo creo que sí me sería difícil, el hecho de no poder hablar y tratar de comunicarme con alguien, como estoy acostumbrada.

Y además de eso ¿para qué otras cosas te funcionan tu boca?

-Comer, hablar...

¿Para comunicarte con tu novio?

-Mmj, besos jaja.

¡Para besar! Jajaja ¿no? ¡es importantísimo!

- ¡Es muy importante!

Y cuando tú, por ejemplo, cuando uno elige a una persona, a otra persona para entablar una relación, ¿no? o desarrollar parte de nuestra sexualidad ¿qué requisitos pides? M jum jum ¿qué, ¿cómo te gustan que sean las bocas de otras personas?

- ¿La boca? Me gustan los labios, pues la higiene obviamente.

¿Cómo te das cuenta de que una higiene es correcta o no, o qué un tipo de boca es agradable o no?

-Desde, yo creo que se nota ¿no?, también el olor... Si se lava los dientes, bueno ya cuando tienes una relación de confianza pues ya esas como que, a lo mejor después de comer... Lo toleras jajajaj, pero yo me refiero a esos, luego, luego se da uno cuenta.

De cuándo no te gusta, cuando hay un mal olor,¿te gustan en especial ciertos tipos de boca, o...?

- Los de mi novio ¡ah! Jaajaja

¿Él es tu novio?

Jajaja sí.

6.2.8. La boca y la comida

En esta categoría se consideran: boca función y significación boca. La boca constituye la vía de entrada para la supervivencia. La entrada de alimentos se hace por la boca y constituye un comienzo, una conexión para hacer existir al cuerpo completo, hacerlo funcionar a través de la comida. Todos los sujetos reconocen la importancia de la alimentación. La comida forma parte de la vida cultural relacionada con lo grato, la satisfacción. Los sabores de la comida llevan a los sujetos a valorar su boca como una parte fundamental de su cuerpo, le otorgan un significado muy singular. El acto cultural de comer, sin embargo, es más importante que la boca misma. En este acto va inmersa una cantidad de sentimientos de pertenencia al grupo social y el desarrollo de relaciones personales que satisfacen necesidades primarias, pero que también simbolizan placeres y satisfacciones.

¿Para qué más crees que serían importantes los dientes?

E9H14.- *Ah pues para poder comer bien ¿no?*

Y aparte de lo que mencionas del nervio y además ¿qué otras necesidades crees que la boca satisface? En diferentes eh, no solo a ti como...

***E8H37.-** De entrada, sensitivamente comes ¿no?, eh, sientes a los demás también, cuando das un beso, acaricias ¿no?, es un mundo de sensorial, más que decirte que es algo útil, como morder, o sea, su mayor trabajo es destrozarlo pa deglutirlo, pa que lo tú puedas saborear y digerir, o sea, pero cómo te digo que es menos importante que los oídos ¿no?*

¿Por qué es importante la boca?

***E8HMA.-** Porque podemos masticar las cosas, y si llegara tener una enfermedad no podríamos comer los alimentos.*

¿Qué podrías platicar de la boca?

***E6MMA1.-** pues que es de las partes más importante, lo único que me ha causado muchísimos problemas en la vida han sido los dientes porque tengo un problema hereditario, se me descalcifican muy rápido, toda la vida tuve la dentadura perfecta y bonita, como hasta los 18 años, a los 20 se empezaron a desgastar y ahorita básicamente no puedo comer nada duro como tostadas, tunas, guayabas, barbacoa, se me rompen los dientes muy fácil.*

¿Cómo era tu boca perfecta?

***E6MMA1:** vengo de una familia que se alimenta demasiado entonces el hecho de comer es muy grato, antes podía comer todo, cantidades y como yo quisiera, se disfruta, en el momento que empecé a descalcificar los dientes me tengo que cuidar de todo, o sea yo no puedo comer sin tener cuidado de qué es lo que me voy a meter a la boca [...]*

6.2.9. La boca-dolor

En esta categoría se consideran: relevancia del dolor y significación boca. El dolor es la primera causa de consulta odontológica, el signo que nunca engaña a

nadie acerca de la necesidad de un alivio. El dolor es una inequívoca invitación a acudir a un profesional, y la primera tarea de éste consiste en eliminar sus causas, en encontrarle un sentido antes de reducirlo al silencio.

Cuando se representa a la boca con dolor las respuestas gestuales son innumerables: la desesperación, la angustia del dolor de boca, de dientes, del dolor de encía, los rostros desfigurados por el dolor son experiencias singulares que en la actualidad se minimizan. Todo dolor, incluso el más modesto, proyecta a una dimensión inédita de la existencia, abre en las personas una metafísica que trastoca su relación cotidiana con los demás y el mundo (Le Breton 1999).

La boca que duele es la única que está conectada con el orden odontológico, con la atención. Si la boca duele se sabe que está mal, que está enferma, que necesita ser tratada. La boca se entrega al profesional, pues es el único con el poder de quitar tal sufrimiento.

El dolor que afecta a este fragmento del cuerpo —una muela cariada, una encía inflamada, una fractura dental, una infección aguda— no se contenta con alterar la relación del hombre con su cuerpo, se expande, atraviesa los pensamientos, contamina la totalidad de su relación con el mundo. Rompe las conexiones que atan al individuo a sus actividades familiares, hace difícil su relación con el prójimo, elimina o disminuye el placer de vivir. Ningún refugio escapa a su acoso. El hombre que sufre por un dolor de muelas imagina que los que ignoran su experiencia son los más felices de los hombres, se asombra de no haber sabido jamás apreciar su suerte. El dolor paraliza la actividad del pensamiento o el ejercicio de la vida.

La boca-dolor está representada en los consultorios odontológicos imaginados como salas de tortura en donde, si no hay dolor, se genera. El ruido de los motores, el olor a antiséptico y la presencia del profesional son invariables representaciones del dolor. El significado de este lugar es más negativo que positivo.

Eh, los problemas dentales... ¿Usted ha tenido un problema dental que le haya hecho sentir muy mal?

E7M32.- Mmm sí, me sacaron una muela...

¿Y el dolor?

Estaba muy picada, y sí ya no tenía remedio.

¿Y el dolor fue el que detonó la visita al...?

-Ajá, sí, porque me empezó con punzadas, entonces yo no lo aguantaba, y dije no, a sacar cita.

Eh, usted cuándo ha tenido algún problema dental ¿sonríe igual, o cree que eso limita su, su...?

-No, no, sonrío igual.

6.3. Significado tiene la salud bucal para profesionales de la salud y los sujetos de atención

La salud bucal es considerada como una dicotomía entre lo sano y lo enfermo, es la idea dominante de la causalidad. Se entiende a la salud, como una responsabilidad exclusiva del individuo, sin considerar a la salud bucal como un proceso, no se consideran los modos de vida, ni las determinantes sociales de la salud.

E4OMP.- *Boca sana dientes sanos todos sin dolor, los niños pequeños no hay manchas negras, todos están completos eh, comer bien, buenos hábitos cepillarse y asistir al dentista dos veces al año, es un modelo.*

1OM52P.- *Considera no solamente la salud física sino la salud mental que hacen un todo, pero... posiblemente ya para estos tiempos quede un poquito corto. Todavía nos falta concientizar a nuestros jóvenes porque digo, “sabes qué, tu paciente no es esa boca con patas, es todo un organismo con sentimientos, con temores y que tienes que analizar todo eso, tu práctica no debe ser esa práctica totalmente fría.*

E2AMA. - *De cierta forma se está tratando de incidir en la población mexicana de que tengan el conocimiento de lo que es una salud bucal, a eso se*

están enfocando principalmente nuestros programas de salud bucal, tener el conocimiento de lo que es una boca sana, tejidos bucales, la higiene bucal de piezas dentales, el tipo de dieta que deben tener, el estarse realizando revisiones periódicas para evitar enfermedades en cavidad bucal, prevención.

***E2AMA.** - El área de prevención está más enfocada a las acciones para evitar la presencia de enfermedades en la cavidad bucal. Están la exploración de la cavidad bucal, higiene bucal en cuanto a técnica de cepillado como uso de seda dental, y prevención puede manejarse pueden manejarse ciertas modalidades específicas como barniz de flúor y selladores de fisuras, me iría más a la promoción de la salud bucal, darle al individuo ese empoderamiento, ese conocimiento de su salud bucal.*

***E2AMA.** - La salud bucal sería la integración completa en equilibrio, tanto de su estructura como de su función, que está presente en nuestro organismo en los diferentes aspectos: biológico, psicológico, emocional, salud bucal es la integración de todos esos factores.*

***E5MMA.** - Lavarme los dientes, que estén estéticamente bien.*

6.3.1. La boca como responsabilidad individual

Para todos los actores la salud bucal es una responsabilidad individual, este discurso en salud omite y desconoce al de la responsabilidad social en salud.

***E1OM52P.**- A nivel personal, nosotros somos responsables de nuestra propia salud. Y ya en cuestión médica, nosotros tenemos también una gran responsabilidad de informar al paciente porque muchas veces llegan con cierta sintomatología que nosotros podemos detectar hipertensión, diabetes, pero ellos no lo saben, entonces también nosotros como médicos tenemos esa responsabilidad de instruir al paciente.*

***E8H37P.**- La responsabilidad de la salud es de nosotros, el problema es que no estamos dándonos cuenta que, el que bebe coca cola, ¡deja de beber coca porque te va a dar diabetes!, pero no deja de beber coca, porque toda su mirada*

desde niños pues es la coca desde chiquito, vete por la coca, vamos a tomar por coca.

6.4 Hallazgos encontrados en el Programa de Acción Específico y la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015

Los Programas de Acción Específico (PAE) elaborados por la Secretaría de Salud federal en México están enfocados a impulsar acciones —ejecutadas por los servicios públicos— que proporcionen a la población los medios necesarios para lograr una mejor salud. Con ese fin contienen acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, así como para dotarlos de herramientas que les permitan modificar sus condiciones sociales y ambientales.

El significado social tanto de las palabras, textos, acciones e instituciones se entiende en relación con el contexto general de que forman parte. Cada significado está en relación con la práctica en la que tiene lugar, y cada práctica con un determinado discurso. Por consiguiente, sólo es posible entender y explicar un proceso si se puede describir la práctica y el discurso en que ocurre (Acosta et al., 2011) (González Ochoa 2007:9-12). El discurso en el cual se encuentran inmersos los significados de este análisis es el discurso médico odontológico, biomédico y positivista.

6.5. Significado de la boca para el Programa de Acción Específico (PAE)

6.5.1. La boca como cavidad bucal y la boca anátomo fisiológica

Para el PAE en materia de salud bucal la boca es una entidad física dividida, biologizada, objeto de la salud bucal. Parte de la anatomía humana, hueco, cavidad, región del cuerpo, resguardo de enfermedades, objeto de control y manipulación. Una semiología de tejidos, con nombre y descripción espacial. Mucosa, hueso, encía y dientes. Es un dispositivo medicalizado y medicalizable.

El PAE no refleja significados de la boca en diferentes niveles. No complejiza más elementos que los factores de riesgo causales de las enfermedades bucales. Trata a la boca exclusivamente como un componente de

la salud bucal que debe estar sana, sin enfermedades. La dicotomía enfermar-curar es su única lógica epistemológica.

6.5.2. Significados de la boca para la norma. NOM-013-SSA2-2015

La norma NOM-013-SSA2-2015 para la prevención y control de las enfermedades bucales tiene por objeto establecer y uniformar los criterios y procedimientos, que llevan a cabo los integrantes del Sistema Nacional de Salud, para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales de mayor frecuencia en la población de los Estados Unidos Mexicanos; así como, las estrategias, técnicas operativas y medidas de control y vigilancia epidemiológica necesarias en materia de salud pública que deben realizarse por el personal de salud y en todos los establecimientos para la atención médica y consultorios de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

La norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para todo el personal de salud, establecimientos para la atención médica y consultorios de los sectores público, social, privado e instituciones formadoras de recursos humanos y gremiales en estomatología, que realicen acciones para la promoción de la salud bucal, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucodentales (NOM-013-SSA2-2015).

Los significados de la boca que se detectan en la norma pertenecen al orden odontológico. La boca es una boca-máquina, instrumental, un almacenamiento de enfermedades que debe ser intervenido, alineado, medicalizado. También es un lugar anatómico compuesto de mucosa, piel y hueso, desconectada del rostro, de la cabeza y del cuerpo.

La boca carece de un significado complejizado. Es un órgano enteramente biológico. Un órgano manipulable.

La prevención es el concepto fundamental del que trata la norma, sin embargo, no hay referencia teórica de lo que significa este término. Las actividades de prevención se reducen a la enseñanza de una técnica de cepillado. La boca sana se refiere exclusivamente a la boca sin enfermedades.

6.5.3. La salud bucal en la norma y el PAE

La salud bucal aparece como una idea con un contexto unicausal, una guía para nombrar a las enfermedades de la boca. La salud bucal depende de la ausencia de dolor y de procesos que hacen parte de la vida de las personas. No hay reconocimiento de la salud bucal como un proceso complejo.

Definición en la norma oficial:

“La salud bucodental se define como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, aftas bucales, defectos congénitos como labio leporino y paladar hendido, enfermedad periodontal (de la encía), caries dental, pérdida de dientes, otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca o cavidad bucal.”

Definición en el PAE:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud bucal como “La ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer bucal o garganta, úlceras bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, pérdida de dientes, así como otras enfermedades y trastornos que afectan la cavidad bucal”.

Su definición es causal y dicotómica, lo que condiciona —y finalmente determina— a la salud bucal son *factores de riesgo*. No están incorporados los determinantes sociales de la salud, y la visión de derecho a la salud está ausente.

“Estos padecimientos bucales comparten factores de riesgo con las enfermedades crónicas más importantes diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer, ya que se ven favorecidas por higiene bucal deficiente, mala alimentación, tabaquismo y consumo de alcohol”.

La norma considera que la educación para la salud y la prevención pueden generar cambios en la cultura. Sin embargo, en su glosario el significado de

Educación para la Salud es limitado.³¹ Bajo esta política son pocos los resultados observados en la disminución de enfermedades bucales.

“Ante este panorama la educación para la salud y la prevención son factores medulares que generan un cambio de cultura, iniciando desde la atención prenatal. Es notable que la enseñanza y la realización de acciones de protección específica, sobre todo a nivel escolar en niños y adolescentes, sean fundamentales para prevenir las enfermedades bucales”.

Es claro que la política está permeada por significaciones de la biomedicina, que no dialoga con otras posibilidades teóricas y epistemológicas para abordar su objeto de estudio —la salud bucal— a pesar de los esfuerzos de diferentes instituciones nacionales e internacionales que han propuesto tratar a la salud desde enfoques transdisciplinarios. El significado de la boca y su salud gira en torno al papel atribuido a un discurso de factores de riesgo.³²

“La protección de la salud bucal, la cual debe tener un enfoque basado en factores de riesgo para prevenir las enfermedades bucodentales que afectan la salud general en los grupos menos favorecidos como son: escolares, mujeres embarazadas, los adolescentes, los adultos mayores, las personas con discapacidad, los pueblos indígenas, las personas con VIH y con enfermedades crónico-degenerativas.”

31 Educación para la salud significa: la orientación y capacitación preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, cuidados paliativos, riesgos de automedicación, prevención de farmacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención de discapacidad y rehabilitación de las personas con discapacidad y detección oportuna de enfermedades (NOM-013-SSA2-2015). La orientación y capacitación mencionada tienen como objetivo a cambiar la actitud de las personas frente a la enfermedad, desconociendo los significados de salud para las personas, así como su contexto social y cultural. Esto hace difícilmente puedan cumplirse los propósitos de la política en salud bucal.

32 Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

6.6. La salud bucal como mercancía

Alcanzar la salud bucal es muy difícil por ser muy costosa. Esta salud no se concibe como bien público sino como materia única y exclusivamente de la práctica odontológica. Las posibilidades de transformar las condiciones de salud bucal del país dependen de que el sistema funcione según las reglas y disposiciones conceptuales y prácticas actuales. En el fondo, los fines de la norma se centran en la atención, concebida como un proceso individual, técnico, fundado en el despliegue de recursos y la proporción de servicios que en cada caso dependen de las posibilidades financieras de los sistemas de salud locales y federal, cuyo presupuesto se otorga en función de la relación costo-efectividad.

VII. Discusión y conclusiones

La salud es un sistema complejo con diferentes niveles de análisis que se pueden estudiar a través del significado que las personas tienen en la narrativa de su cuerpo y su boca; éstas les dan sentido a sus prácticas en salud, y se presentan como objeto de disputa económica, política y cultural. En este trabajo identificó a la boca y a la salud bucal por medio de sus representaciones, sus significados, como signo y como símbolo, en diferentes sujetos de estudio (Toledo y Sequera, 2014;Eco, 2000).

Las entrevistas confirman que existen significados que son configurados dentro del orden odontológico, y que se caracterizan por tener discurso basado en factores de riesgo, convenientemente definidos y funcionales para el discurso de las políticas neoliberales (que incentiva la privatización de las mediaciones sociales). De esta manera nuestra propuesta teórico-metodológica coincide en gran parte con los hallazgos que encontramos en este estudio. De acuerdo a los resultados, se configuraron siete categorías de análisis para los profesionales de la atención, nueve para los usuarios y dos para la norma oficial y el PAE (Fig. 3).

Con este análisis de los significados es posible caracterizar mejor al orden odontológico subsumido a ideologías mercantilistas, y sostenido por relaciones particulares de poder que configuran formas jerárquicas de ser y practicar la profesión y las disciplinas que conviven con ella. Son estructuras de poder que producen violencias, sufrimiento y limitación del desarrollo de capacidades para quienes viven la condición subordinada. El orden odontológico es la reproducción de estos órdenes jerárquicos (Orden por clases sociales Capitalismo, Orden étnico Colonialismo, Orden de género Patriarcado), y que marcan la actualidad del campo con cualidades específicas. La imagen del odontólogo aparece así rodeada de cierta benevolencia, justificándose así misma su jerarquía de saber y poder.

El orden odontológico configura identidades basadas en la superioridad patriarcal, sometiendo y subordinando a las prácticas diversas y subalternidades de salud bucal, afirmando así su dominio y consolidación histórica, en tanto

reproducción violenta de significados neoliberales, racistas y clasistas de la boca y su salud. Se ha logrado así que el significado extendido y social de la boca lleve la marca de la opresión normalizada.

En el orden odontológico se instauran procesos de conocimiento también jerárquicos: la salud bucal está subordinada a la clínica (casi siempre privada), como la única forma de solucionar problemas de salud bucal y como la forma naturalizada de entender de manera mercantilizada y tecnócrata, la atención, el cuidado y la promoción de salud bucal.

Como pudo verse en las entrevistas, los profesionales reproducen una visión del cuerpo como sumatoria de partes, y la boca como un entramado de figuras anatómicas que pertenecen a un discurso fisiopatológico en el orden odontológico. Por su parte, para los sujetos de atención, su boca constituye la vía de entrada para la sobrevivencia y no está separada de todo su cuerpo, es decir, sus padecimientos personales se viven de manera conjunta con sus procesos de salud bucal (Le Breton, 2018). El cuerpo y su boca constituyen no un aparato externo, sino una forma de presentarse ante el mundo. En estos sujetos que en su mayoría pertenecen a sectores de estratos económicos bajos, la boca se vive — como parte constitutiva del rostro—, como un factor que puede determinar si alguna de sus partes está mutilada: así como la boca, así el acceso al trabajo, a la vida social (Thompson, 1993).

Por otro lado, para el PAE y la norma oficial, la boca también constituye un lugar anatómico despersonalizado e instrumentalizado a través de la atención. Es un almacén de enfermedades que debe ser intervenido, alineado y medicalizado. Podemos ver aquí que los significados tanto para los profesionales, como para el PAE y la norma constituyen y fortalecen el poder, bajo la idea instrumental de que la boca está separada del cuerpo y de la vida social de las personas, bajo la idea de que el problema gira en función de avances tecnológicos y capacidades gubernamentales para acceder a éstos. Esto se contrapone con los significados que los sujetos de atención dan a su cuerpo, su boca y su salud bucal: la boca para ellos constituye una forma de enfrentar la vida en sus relaciones de trabajo,

amorosas, en la proyección de sí mismos, en la vida cotidiana, su boca no está separada del rostro, ni de su cuerpo.

Así, la boca se vive de formas desiguales y sus condiciones biológicas y sociales dependen de las desigualdades estructurales que caracterizan a cada sociedad. Es por ello por lo que en esta lógica los sujetos siempre tendrán una posición subordinada, pues el orden odontológico alienta el ejercicio de un poder que reside esencialmente en los profesionales y las normas que rigen sus prácticas (Foucault, 1999, 2002).

Las entrevistas confirman que, para los profesionales, tener una boca bonita, saludable y funcional es tener dientes completos, sin movilidad y sin placa; labios sanos, de color rosa, con tejidos normales. Para los sujetos de atención, una boca sana es una boca bonita, con todos sus dientes, la boca de las actrices de cine, dientes blancos, alineados y labios rojos, pues esto denota fuerza, poder dinero y salud. Para el PAE y para la norma Oficial, la boca sana es una boca sin enfermedades; la boca es un lugar anatómico, compuesto por mucosa, piel, huesos y dientes, desconectado de la cabeza y el cuerpo. Así, tanto los profesionales como los sujetos de atención coinciden en el significado de una boca sana anclada al esquema de “todos los dientes, blancos y alineados”. El orden odontológico impone un consenso en este significado de la boca sana, significado que potencia patrones de consumo y que reafirma la idea de un orden de belleza único, de modelos impuestos, dominantes sobre clases subalternas. En este significado amplio, la boca como parte imprescindible en la armonía del rostro, es singularmente importante para la estética y la comunicación personal, y con Le Bretón podemos confirmar que “la cara es, de todas las partes del cuerpo humano, aquella en la que se condensan los valores más elevados. En ella se cristaliza el sentido de identidad, se establece el reconocimiento de los demás, se fijan las habilidades de seducción, se identifica el género” (Le Breton, 2018).

Cuando los profesionales hablan de su experiencia en relación con su cuerpo, el significado de boca se aleja del orden odontológico y se convierten en pacientes, su posición de poder es disminuida, pues se piensan como personas con problemáticas en el trabajo, con los hijos fuera del orden odontológico y viven su cuerpo y su boca de una manera casi antagónica al significado que le

dan siendo profesionales. Es ahí cuando, contradictoriamente, el poder odontológico los constriñe y les hace significar a la boca como subalternos, pues ningún profesional reconoció tener una boca sana. Ni cepillarse después de cada alimento, ni asistir a la atención odontológica de forma periódica. Y mucho menos tener una boca con dientes blancos e impecables. Esta dualidad que ocurre en los profesionales muestra cómo el poder produce sujetos, discursos, verdades, realidades, que penetran todos los nexos sociales, razón por la cual no está localizado, sino en multiplicidad de redes de poder en constante transformación, las cuales se conectan e interrelacionan (Foucault, 1999, 2002).

Entender esta dicotomía de significados pasa por entender que mientras la anatomía y la fisiopatología humana trajeron para la odontología la necesidad y posibilidad de entender el orden de los tejidos para su estudio y atención. Para efectos en las intervenciones terapéuticas, la alejaron del cuerpo en su conjunto, aislando músculos, nervios, vasos, huesos, para entender sus funciones, movimientos y patologías. Apegada a normas de perfección, y estéticas preestablecidas, calculó cada parte en forma, espacio y función para darle el significado de cadáver normado. Sin darse cuenta desprendió la boca del cuerpo vivo y social, y la convirtió en algo mortuorio.

En su artículo sobre la boca como representación, Malagón Oviedo se refiere a las experiencias terapéuticas como la tarea común de los profesionales de la odontología que actúan bajo la naturaleza normativa —generalmente "oculta"— de sus discursos, prácticas y procedimientos. Así, la boca se manifiesta como simple espacio facilitador, ambiente propicio o entorno organizado y dispuesto para la curación y restauración para gozar de una buena salud, pero nunca como productora de la experiencia singular del individuo enfermo o del sujeto saludable.

Es por eso que, la boca funciona como un lugar que debe ser intervenido quirúrgicamente, aislado del sujeto con vida y experiencias cotidianas. La solución de las enfermedades de la boca está siempre en manos de la terapéutica, en la curación, no hay solución en ningún otro espacio de la vida de los sujetos.

Como podemos ver tanto la *boca máquina* para los profesionales, el PAE y la norma, como la *boca herramienta* para los sujetos de atención, son significados

complementarios, funcionales y con manifiestas particularidades de acuerdo con la clase social. Para los sujetos de atención la boca es valorarla de manera importante como una herramienta que *permite trabajar como se pueda*, la relación con el cuerpo y su boca es instrumental. Si alguna pieza dental se pierde, no queda más que resignarse y seguir. Como señala Le Breton, “*De la admiración frente a la maravillosa máquina, el discurso científico-técnico pasa rápidamente a subrayar la fragilidad que la caracteriza*” (Breton, 1994). Para los profesionales, la boca cadáver, funciona como un lugar de intervención terapéutica, alejada del ser social. Este significado cosifica a los sujetos de atención, acentuando la relación de subordinación, aislando al sujeto de la vida, de sus experiencias cotidianas y de sus propias decisiones en relación con su cuerpo y su salud bucal. Como refiere Malagón Oviedo (1999), y cito: *la boca se utiliza como ambiente propicio y dispuesto para la curación y restauración para gozar de una buena salud, pero nunca como productora de la experiencia singular del individuo enfermo o del sujeto saludable pues las experiencias terapéuticas como la tarea común de los profesionales de la odontología que actúan bajo la naturaleza normativa —generalmente "oculta"— de sus discursos, prácticas y procedimientos.*

En la función estética, pudimos ver que para los profesionales la boca sana es sinónimo de belleza, una boca bella, se suma al orden estético de las exigencias del cuerpo (Le Breton, 2004), discurso que se reproduce en los sujetos de atención mientras que en el PAE y en la norma, sólo se define como ausencia de enfermedad. Aunque tener la boca sana no se refiere a una blancura dental deslumbrante, ni a la posición correcta de los dientes, esta imagen está instaurada como código de belleza. Es parte de la oferta de los medios publicitarios y de las empresas de materiales dentales (Santos Madrigal et al., 2021) La boca desdentada, es un símbolo de fealdad, minusvalía y vejez, estos significados son códigos comunes en todos los actores (Culler, 1976, p. 19 en Hall 1997, p.10-11). La boca también es un símbolo de inclusión y exclusión en profesionales, sujetos de atención, PAE y la norma.

El orden dominante de belleza es el significado común a profesionales y sujetos de atención, mientras que se encuentra ausente en el PAE y la norma. Los profesionales de la atención odontológica se insertan en un discurso dominante en salud capaz de imponer un orden de belleza que legitima su práctica,

aludiendo que una boca sana es una boca que tiene dientes completos y blancos, perfectamente alineados, aunque en el sistema público de atención sea muy difícil la realización de este orden. Los profesionales sienten la necesidad de instaurar ese orden de belleza y en consecuencia el valor estético de la boca se encuentra por encima de su salud (Baudrillard, 1979).

La boca idealizada y naturalizada se convierte así en una de las mercancías más valiosas para el complejo odontológico industrial, donde cada actor se configura como una parte activa de sus fines mercantilizados y excluyente. Y es que, para los sujetos de atención, acudir a los servicios de salud implica una erogación que excluye a la mayoría de la población de los tratamientos estéticos y más complejos. La limitada oferta de estos servicios en los sistemas públicos de atención acentúa las desigualdades sanitarias, pero no estalla como contradicción social gracias en parte a significados de la boca que naturalizan esta estructura jerárquica y excluyente de su salud.

Otro aspecto crucial es que la boca tiene significaciones diferenciadas entre lo femenino y lo masculino: la exigencia estética es mayor en lo femenino particularmente en los profesionales y los sujetos de atención y se evalúa mediante la anatomía y en características estéticas como color y forma (Le Breton, 2010). Para la norma y el PAE, las diferencias entre el género no son claras, sus diferencias se basan en grupos de edad y vulnerabilidad para el acceso a los servicios odontológicos.

En los sujetos de atención la boca se asocia, de manera indispensable, con la comunicación, pero se vuelve trascendental cuando somos la boca presentada ante el otro o la otra, para establecer relaciones amorosas. En ese momento la boca se vuelve un vehículo de entrada a la seducción y nunca se separa del cuerpo constituido: el beso emerge de la boca para crear un vínculo, con múltiples connotaciones sociales y personales; conecta lo sexual a lo sentimental, desarrolla valores entre las relaciones afectivas. Este significado se encuentra totalmente fuera del orden odontológico. No aparece en la norma, el PAE y en los profesionales, no tiene relevancia a menos que el profesional juegue el papel de sujeto de atención.

Para los tres actores la boca constituye la vía de entrada para la sobrevivencia. La entrada de alimentos se hace por la boca y constituye un

comienzo, una conexión para hacer existir al cuerpo completo, hacerlo funcionar a través de la comida. Todos los sujetos reconocen la importancia de la alimentación, sin embargo, la forma en la que esta se lleva a cabo en las realidades concretas para los sujetos está ausente en la norma y el PAE. Para los profesionales solo es la alimentación en general asociada siempre a la masticación, no existen particularidades en la vida cultural alrededor de la comida. La comida forma parte de la vida cultural relacionada con lo grato, la satisfacción. Los sabores de la comida llevan a los sujetos a valorar su boca como una parte fundamental de su cuerpo, le otorgan un significado muy singular. El acto cultural de comer, sin embargo, es más importante que la boca misma, en él está involucrada una cantidad de sentimientos de pertenencia al grupo social y el desarrollo de relaciones personales que satisfacen necesidades sociales, pero que también simbolizan placeres y satisfacciones (Le Breton, 2004).

La boca-dolor está representada por los sujetos de atención en los consultorios odontológicos como salas de tortura en donde, si no hay dolor, se genera. El dolor es una inequívoca invitación a acudir a un profesional, El ruido de los motores, el olor a antiséptico y la presencia del profesional son invariables representaciones del dolor. El significado de este lugar para ellos es más negativo que positivo, en contraste para los profesionales el dolor es un signo y un síntoma que representa la intervención de un tratamiento complejo, tiene escalas de medición para guiar la atención y para resolverlo. Si el profesional logra quitárselo la gratificación es inmediata. El dolor es la primera causa de consulta odontológica, indica la calidad de urgencia para tomar decisiones en la atención. Para la norma y el PAE también significa un indicador en la preferencia por la atención en los servicios, pues está normado para los profesionales dar atención de manera primordial a quienes llegan con dolor. El dolor es entonces para los actores un significado de enfermedad y padecimiento y resolución de problemas en la atención.

La boca que duele es la única que está conectada con el orden odontológico, con la atención. Si la boca duele se sabe que está mal, que está enferma, que necesita ser tratada. La boca se entrega al profesional, pues es el único con el poder de quitar tal sufrimiento (Le Breton, 1999).

A pesar de no encontrarse definido en la norma, el concepto de prevención es fundamental en el documento. Lo más cercano a ello es la descripción de técnicas de cepillado. Este significado corresponde al de prevención en los profesionales, manifiesto como la necesidad de acudir a la atención de manera periódica y antes de que se manifieste algún tipo de dolor. Para los sujetos, la prevención no está en su horizonte de significados en salud, cepillarse no está integrado a su vida cotidiana. La boca sana se refiere exclusivamente a la boca sin enfermedades (Santos Madrigal et al., 2021)

“Todo lo que no es normal es enfermo” (Le Breton, 2018), la idea de salud bucal como ausencia de enfermedad es el significado dominante para el PAE y la norma, que legitiman los profesionales forma parte del discurso médico hegemónico, y del discurso del orden odontológico. Este significado no es compartido con los sujetos de atención pues en ellos se instaura la enfermedad en el momento en que se instaura el dolor. La salud bucal en la norma y el PAE, aparece como un concepto ambiguo y descontextualizado. Para profesionales y sujetos de atención, la salud bucal significa tener una boca modelada por una idea estética (dientes blancos, completos, alineados). Estos significados, sin embargo, son contradictorios pues la boca sana no necesariamente es una boca estética. La salud bucal, para ninguno de los actores tiene relevancia como derecho, bien público ni como bien común. La definición en la norma, que rige la idea de salud bucal en el país, es causal, dicotómica y condiciona a la salud bucal a *factores de riesgo*, dicha definición omite los determinantes sociales de la salud, y la visión de derecho a la salud bucal. Para la Salud Colectiva es importante reconocer a la salud bucal dentro de un horizonte de bienestar, buen vivir, en proyectos de vida feliz, como un bien común, un bien público y como un derecho irrenunciable.

La política nacional y de la Ciudad de México, está permeada por significaciones de la biomedicina, que no dialoga con otras posibilidades teóricas y epistemológicas para abordar su objeto de estudio —la salud bucal— a pesar de los esfuerzos de diferentes instituciones nacionales e internacionales que han propuesto tratar a la salud desde enfoques transdisciplinarios (NOM NOM-013-SSA2-2015; PAE, 2013-2018). El significado de la boca y su salud gira en torno al papel atribuido a los factores de riesgo, además de mantener una visión corporal del siglo XVIII (Le Breton, 2004).

La salud bucal es una mercancía para todos los actores, pues su significado se relaciona a su costo económico, la resolución de los problemas de salud bucal se atribuye sólo a la práctica odontológica. La posibilidad de cambiar las condiciones de salud bucal en el territorio nacional se le atribuye a la atención, que no ha sido señalada, es curativa individual, clasista y racista. La norma se centra en la atención de los servicios odontológicos, su limitación está basada en el despliegue de recursos sin estrategias de promoción de la salud emancipadora y limitada por la proporción de servicios que en cada caso dependen de las posibilidades financieras de los sistemas de salud locales y federal.

En conclusión, los resultados indican que para los profesionales el cuerpo es una sumatoria de partes, y la boca un entramado de figuraciones anatómicas que pertenecen a un discurso en el orden odontológico. Sin embargo, los significados de la boca en los sujetos de atención no están subordinados a dicho orden, pues los significados de la boca se pueden encontrar en dimensiones más amplias y enmarcada en contextos más diversos desde la perspectiva de los sujetos de atención. En este sentido, los significados hegemónicos impiden reconocer a la salud bucal como un campo de acción en el que tienen injerencia y capacidad de acción otros actores, además de los profesionales y las normas oficiales aplicables. Estos significados reproducen desigualdades al no reconocer la importancia de los significados para los sujetos. Para la norma, la boca también constituye un lugar anatómico, despersonalizado, instrumentalizado a través de la atención, lo cual refuerza la separación de los significados de cuerpo y boca disociados de la vida social.

Para los sujetos de atención, la boca constituye una forma de enfrentar la vida en sus relaciones de trabajo, amorosas, en la constitución de sí mismos, es un conjunto que no está separado de su cuerpo. Sin embargo, esta significación se rompe frecuentemente, al acudir a los servicios de salud bucal en los que la boca se instrumentaliza. La práctica odontológica en los servicios de salud produce desigualdades, subordinación y fragmentación.

Los significados de la boca en México y en la Ciudad de México son dispositivos de poder que mantienen en subordinación a los sujetos de atención y

no permiten romper la idea dicotómica de la enfermedad. La boca significa es un símbolo de poder si cumple la idea dominante de la estética, si no se alcanza esta condición, la boca significa minusvalía, pobreza y sumisión, por ello, adquiere un significado en relación a la clase social, el género y el origen étnico de los sujetos que usan los servicios. Lo anterior, conduce a dinámicas de exclusión en la vida social, en la atención y en consecuencia a ejercer su derecho a la salud.

El significado de boca sana es compartido por odontólogos y sujetos de atención, y la norma no propone o se sustenta en una propuesta diferente que ayude a visibilizar las relaciones de poder que estos significados instauran. Los significados asumidos por la norma y los profesionales mantienen las relaciones entre clases dominantes y clases subalternas, afirmando la noción de un único orden legítimo de belleza y de salud.

El mercado, a través del complejo médico odontológico, convierte a la boca en una mercancía, en donde los tres actores juegan en diversos momentos la reproducción de la mercantilización del cuerpo y de la boca. Así, la salud de la boca se convierte en objeto de disputa y negociación en las relaciones económicas en el mercado.

Para los sujetos de atención la boca es indispensable para la comunicación y trascendental para establecer relaciones sociales y amorosas. El beso es un vínculo que conecta sus relaciones sociales, personales y sexuales, y con ello el desarrollo de valores, inclusión, exclusión, en sus relaciones afectivas. Este es un significado que no es reconocido en el orden odontológico, en los profesionales ni en las políticas públicas actuales.

La boca constituye un órgano vital para la sobrevivencia pues a través de ella se realiza la ingesta de alimentos y se inicia el proceso de digestión de estos. La boca es una conexión del cuerpo y el medio social, sin embargo, no es reconocido su valor relacionado con el placer y la satisfacción de la ingesta de alimentos en el contexto del acto cultural de comer.

El dolor en la boca constituye el significado concreto de signo de enfermedad, padecimiento y el detonante de la búsqueda de atención. Pues es uno de los signos que desconectan a los sujetos de su cotidianidad. El hecho de

que el dolor sea la razón principal para la búsqueda de atención es resultado de la deficiencia o la ausencia de un trabajo institucional efectivo en el ámbito de la salud preventiva. En México la salud bucal no tiene un horizonte establecido de bienestar, está basada en el discurso de la dicotomía salud-enfermedad, que, a través de sus sistemas de atención y de la práctica odontológica que configuran el orden odontológico, es curativa, clasista y racista.

La salud bucal está limitadamente permeada por las significaciones de la biomedicina, la salud bucal de las personas está en manos de la práctica odontológica, y por lo tanto permanece en las conceptualizaciones positivistas del siglo XVIII. No dialoga con las conceptualizaciones presentes de enfoques transdisciplinarios que ayudarían a mirarla como un bien público y un derecho fundamental.

La construcción de una nueva epistemología y práctica de la de la salud bucal puede alcanzarse mediante el reconocimiento de su complejidad y de los múltiples significados en los diferentes actores que no necesariamente pertenecen al orden odontológico. La boca y la salud de las personas, es su dignidad y la posibilidad de desarrollar sus capacidades.

VIII. Referencias bibliográficas

Abadía Barrero, c. e. (2006). Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. *Acta bioethica*, 12(1), 9–22. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2006000100002>

Acosta, E. M. O., Vargas, O. R., Puerta, B. S. R., y Cortés, Á. M. F. (2011). Significados del autocuidado bucal para los escolares de instituciones educativas oficiales de Medellín. *Revista Nacional de Odontología*, 7(13), 40–48.

Bambirra, V. (1976). *El capitalismo dependiente latinoamericano* (3a ed.). Siglo XXI.

Baudrillard, J. (1979). *De la séduction*, París, Galilée.

Baudrillard, J. (1982). *Crítica de la economía política del signo*. Siglo XXI Editores, México.

Bourdieu, P. (1985). *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*, Madrid, Akal.

Breilh, Jaime. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva) *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Suppl. 1), 13-27. Retrieved June 29, 2022, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en&lng=es

Canguilhem, G. (1982). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI.

Canseco Prado, G., y Jarillo Soto, E. C. (2018). Acceso y práctica odontológica en ámbito de atención privada. *Representaciones sociales y salud bucal*. *Revista odontológica mexicana*, 22(3), 128–136.

Clavreul, J. (1978). *El orden médico*. Argot, Compañía del Libro.

Eco, Umberto. (2000). *Tratado de semiótica general*. Barcelona, Lumen.

Esposito, R. (2005). *Immunitas: Protección y negación de la vida*. Amorrortu Editores. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=316373>

Forero Peña M.A. (2016) *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. 83.

Foucault, M. (2002). *Defender la sociedad*. México, D. F: Fondo de Cultura Económica

Foucault, M. (2013). *La arqueología del saber*. Siglo XXI.

Foucault M. (1999) *Arqueología del saber*. México: Siglo XX.

Foucault, M (2016). *El orden del discurso* (Centro de Investigaciones y Estudios de Género P 302 F67; 1a edición). Tusquets Editores.

González-Robledo, L. M., González-Robledo, M. C., y Nigenda, G. (2012). *Dentist education and labour market in Mexico: Elements for policy definition*. *Human resources for health*, 10, 31. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-10-31>

González-Domínguez, C., y Martell-Gámez, L. (2013). *El análisis del discurso desde la perspectiva foucauldiana: Método y generación del conocimiento*. *Ra Ximhai*, 9,153-17

Hadjinicolaou, N. (2005). *Historia del arte y lucha de clases*. Siglo XXI, España ISBN 84-323-0201-5

Hardt, M. y Negri, A. (2000). *Empire*. (Cambridge, Traducción al español: Imperio Mass.: Harvard University Press).

Isaza, E. C. (2020). *El discurso de la innovación en la administración pública y su*

adopción en Iberoamérica: un análisis de los Congresos del CLAD. Revista del CLAD Reforma y Democracia, núm. 77.

Jameson, F., Žižek, S. y Grüner, E. (1998). Estudios culturales: Reflexiones sobre el multiculturalismo. Paidós.

Jarillo Soto, E. C., y Guinsberg, E. (2007). Temas y desafíos en salud colectiva (Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Campus III RA427 T45). Lugar.

Jiménez-Gayosso, S. I., Medina-Solis, C. E., Lara-Carrillo, E., Scougal-Vilchis, R. J.,

Rosa-Santillana, R. de la, Márquez-Rodríguez, S., Mendoza-Rodríguez, M., y

Kosik, K. (1967). Dialéctica de lo concreto. Dialéctica de la totalidad concreta. Grijalbo.

Laurell, A. C. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina.

Le Breton, D. (2004). Antropología del cuerpo y modernidad. Ediciones nueva visión.

Le Breton, D. (2018). La sociología del cuerpo. Siruela.

López-Moreno, S., Chapela, Ma.C., Hernández-Zinzun, G., Cerda-García, A., Outón, M. (2011). Concepciones sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo durante los siglos XIX y XX. En: Concepciones sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo en los siglos XIX y XX. En: Chapela y Contreras (coordinadoras) La salud en México. Colección conmemorativa de las revoluciones centenarias. Universidad Autónoma Metropolitana. México, 2011. pp. 51-90 ISBN 978-607-477-556-3

López Cámara V. (2003) Investigación Educativa. Los procesos de evaluación en México para los programas de licenciatura en Odontología. Reencuentro.pp. 38:83-90.

López Cámara, V. Lara Flores N. (2002) La enseñanza de la odontología en México. Resultados de un estudio en 23 facultades y escuelas públicas. Revista de la Educación Superior ANUIES. 121:1-15.

López-Arellano, O. y Blanco-Gil, J. (2001). La polarización de la política de salud en México. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2001, v. 17, n. 1. pp. 43-54. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000100004>>. Epub 16 Ago. 2001. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000100004>.

Malagón Oviedo R. (1999) 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.

Martínez-Salgado, C. (2014). El lugar del sujeto en el campo de la salud: Enseñanzas de la investigación cualitativa. *Ciência y Saúde Coletiva*, 19, 1095–1102. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.14482013>

Marx, K., y Engels, F. (1979). Ideología alemana. Tesis sobre Feuerbach y el fin de la filosofía clásica alemana. Cultura popular.

Maupomé Carvantes, G., Jaramillo Lancho, R. D., Andrade Delgado, L. del C., Juárez Reyes, P. L., López Pérez, R., Sánchez Navarro, W., Sánchez Pérez, L., y

Vásquez Obregón, V. H. (1995). Flúor contenido en la sal para consumo humano distribuida en la ciudad de México. *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana* (OSP);119(3),Sept. 1995. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/15558>

Medina-Solís, C. E., Maupomé, G., Ávila-Burgos, L., Pérez-Núñez, R., Pelcastre-Villafuerte, B., y Pontigo-Loyola, A. P. (2006). Políticas de salud bucal

en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. *Revista Biomédica*, 17(4), 269–286.

Morales Borrero, M. C. (2021). Transformaciones del trabajo odontológico en Bogotá (1985-2015): Proceso de inequidad acumulada. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/8083>

Navarrete-Hernández, J. de J. (2015). Desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud bucal (USSB) alguna vez en la vida por escolares mexicanos de 6-12 años. *Gaceta Médica de México*, 151(1), 27–33.

NORMA Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5462039yfecha=23/11/2016#gsc.tab=0

Novelo-Arana, V., Hernández-Torres, F., Gómez-Bernal, E., Padilla-Gutiérrez, E., Villalba-Espinosa, I., Zarco-Rábago, J., Contreras-Colín, H., Cárdenas-Cejudo, A., y Valencia-Flores, M. G. (2013). Panorama de la profesión de la odontología en México 1970-2012. *Revista CONAMED*, 18(1), 4–13.

Obregón, A. y Sendra, A.E. (2020). *Salud bucal, salud colectiva: deconstruyendo la práctica odontológica*. Laborde Libros Editor. Argentina.

Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: Una técnica útil dentro del campo antropológico | Cuicuilco *Revista de Ciencias Antropológicas*. *Cuicuilco Revista De Ciencias Antropológicas*, 18(52), 39–49.

Rocha A.(2008) Representación social del odontólogo. *Revista CES Odontología*; 21(2): 79-84.

Rojas-Rajs, S. (2015). Roles de género y salud: Discurso articulado en la televisión mexicana. *Salud Problema*, Año 9, 8–26.

Roth, A.-N. (2014). La investigación en políticas públicas: ¿ingeniería social, argumentación o experimentación democrática? (2014-; Núm. 1; Vol. 1). FLACSO ECUADOR. <https://revistas.flacsoandes.edu.ec/mundosplurales/article/view/1901>

Ruiz Mendoza, D. C., y Morales Borrero, M. C. (2015a). Social determination of the oral health-disease process: A social-historical approach in four Latin American countries. *Investigación y Educación en Enfermería*, 33(2), 248-259. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a07>

Sánchez-González, C. L., Moreno, M. W., Herrera.Márquez, A. X. (2009). Competencias profesionales y su vinculación con el mercado laboral en la formación del odontólogo de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. X Congreso Nacional de Investigación Educativa.

Santos Madrigal, N. O., Moreno, A., y Lara Flores, N. L. (2021). Caries y salud bucal, percepciones acerca de la enfermedad. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*, 11(2). <https://doi.org/10.47990/alop.v11i2.255>

Stuart Hall (1997), *Representation: Cultural Representations and Signifying Practices*. London, Sage Publications, Cap. 1, pp. 13-74. Traducido por Elías Sevilla Casas.

Secretaría de Salud. (2019). SIVEPAB Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles. <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/sivepab-sistema-de-vigilancia-epidemiologica-de-patologias-bucles>

Sen, A. (2009). Vidas, libertades y capacidades. En *La idea de la justicia* (1ra edición, pp. 255–282). Ciudad de México: Taurus.

Thompson, J. B. (1993). *Ideología y cultura moderna: Teoría crítica social en la era de la comunicación de masa*. UAM, Unidad Xochimilco, división de ciencias sociales y humanidades.

Toledo, A., y Sequera, J. A. (2014). La Producción Del Sentido: Semiosis Social|Production of Meaning: Social Semiosis. *Razón y Palabra*, 18(3_88), 521–536.

Van Dijk, T. A. (2001). Estructuras y funciones del discurso: Una introducción interdisciplinaria a la lingüística del texto y a los estudios del discurso. Siglo XXI.

Van Dijk, T. (1994). Discurso, Poder y Cognición Social. Cuadernos de La Maestría En Lingüística. Retrieved from [http://www.discursos.org/oldarticles/Discurso, poder y cognici%F3n social.pdf](http://www.discursos.org/oldarticles/Discurso,%20poder%20y%20cognici%F3n%20social.pdf)

Van Dijk, Teun A. (2005). Ideología y análisis del discurso. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 10(29), 9-36. Recuperado en 29 de junio de 2022, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-52162005000200002&lng=es&tylng=es

Vázquez Garay, Fidel, Moncada Santos, Margarita de la Caridad, Cano Reyes, Virginia, y Falcón Salmon, Humberto Cecilio. (2015). Representación social de la consulta estomatológica en jóvenes de un área de salud de Santiago de Cuba. *MEDISAN*, 19(11), 1338-1347. Recuperado en 29 de junio de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001100006&lng=es&tylng=es.

Vidales Gonzáles, Carlos E. (2009). La relación entre la semiótica y los estudios de la comunicación: un diálogo por construir. *Comunicación y sociedad*, (11), 37-71. Recuperado en 29 de junio de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-252X2009000100003&lng=es&tylng=es.

IX Anexos

A) Carta de autorización por parte de la Jurisdicción Sanitaria Milpa Alta, Benito

Ciudad de México a 05 de noviembre de 2019.

Dr. Jose Ricardo Martin Fascinetto Constantini
Director del Área en la jurisdicción Sanitaria Milpa Alta

PRESENTE

Por medio de la presente solicito a usted autorización para efectuar el proyecto de Investigación "El significado de la boca y la Salud Bucal y su relación con las Políticas Públicas en México" del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco como parte del proceso formativo para la obtención del grado académico de mencionada modalidad educativa y para la contribución a la comprensión y mejoramiento de la salud bucal de la población mexicana.

Los planteamientos fundamentales de esta investigación son:

1. Que los problemas de salud bucal en México tienen una alta prevalencia y afectan con mayor severidad a los grupos en peores condiciones de vida.
2. Que la oportunidad con la que se busca atención odontológica depende en gran medida del significado que la población otorga a su boca y a su salud bucal.
3. Que, igualmente, el diseño y la operación de los programas públicos de atención odontológica dependen del significado que las autoridades de salud y los odontólogos otorgan a la boca y a la salud bucal.
4. Que conocer qué significa la boca y la salud bucal para los usuarios de los servicios públicos, las autoridades de salud y los odontólogos puede ser útil para mejorar el diseño y operación de los programas de atención odontológica y, consecuentemente, para disminuir las enfermedades bucales y sus complicaciones.

Objetivos

1. Identificar el significado de la boca y la salud bucal en usuarios de servicios de salud dirigidos a población sin seguridad social, autoridades de salud y odontólogos que laboren en unidades de atención primaria ubicadas en dos jurisdicciones sanitarias de la Ciudad de México.
2. Identificar y explicar las diferencias encontradas en este campo (significado de la boca y la salud bucal) entre los actores investigados y que puedan atribuirse a sus características sociodemográficas, económicas o culturales (como la edad, sexo, género, escolaridad, origen étnico, estatus socioeconómico, noción de enfermedad, conocimientos en salud, comportamiento frente al cuerpo y actitud frente al mercado, por ejemplo).

Juárez.

Para alcanzar estos objetivos se realizará un estudio cualitativo basado en el uso de técnicas etnográficas —como entrevistas estructuradas y semiestructuradas, observaciones directas e investigación documental— y análisis de discurso.

Se estima un total de 24 entrevistas, distribuidas de la siguiente manera.

- Cuatro entrevistas a autoridades de salud
- Ocho entrevistas a odontólogos, y
- Dieciséis entrevistas a usuarios de los servicios de salud.

En todos los casos las entrevistas se llevarán a cabo respetando los principios éticos fundamentales de la investigación cualitativa y únicamente cuando los entrevistados acepten participar expresando verbalmente su consentimiento informado.

No se llevará a cabo ningún tipo de intervención, por lo que se trata de una investigación de riesgo mínimo.

Las entrevistas se aplicarán a pacientes que se encuentren en la sala de espera, para lo cual solo solicitamos la facilidad de un espacio físico cerrado.

El periodo de la investigación se estima en aproximadamente 4 meses del 19 enero de 2018 al 19 de mayo de 2018. En un horario de lunes a viernes de 8 a 14 horas.

El equipo de investigación está integrado por el Dr. en C.B.S. Iván Pávei Moreno Espíndola, y su servidora como coordinadora de la investigación.

Agradeciendo su tiempo y atención le envío un cordial saludo.

Queda a sus órdenes.

C.D, Mtra. en Medicina Social. Natalia Odeth Santos Madrigal

Correo: nataliaodeth@gmail.com Tel: (044) 55 5417 9725

Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva.

Universidad Autónoma Metropolitana.

Coordinador (UAM).

Sergio López Moreno

Doctor en Epidemiología. Profesor Investigador, Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana.

B) Modelo de entrevista para odontólog@s.

Entrevista a odontólogos del centro de salud TIII Portales.

Objetivos:

- Explorar, analizar y articular **significados** de la **boca** y la **salud bucal**.
- Analizar políticas públicas** en **salud bucal** y su **relación** con **significados** de la boca y a la SB.
- Articular** los **significados** de la **boca** y la **SB** mediante los discursos de los entrevistados.

1. Datos personales.

Número de entrevista:	
Nombre:	Ingreso familiar:
Edad:	Vivienda:
Sexo:	Dependientes económicos:
Ocupación:	Servicios de salud:
Escolaridad:	
Estado civil:	

2. Cuerpo.

- 1.- ¿Qué parte o partes de su cuerpo le gustan? ¿Por qué?
- 2.- ¿Qué parte o partes de su cuerpo le disgustan? ¿Por qué?
- 3.- ¿Cómo se siente con su cuerpo? ¿Por qué?
- 4.- ¿Su cuerpo funciona adecuadamente (“bien”)?
- 5.- ¿Ha tenido algún problema con su cuerpo?

- 6.- ¿Si alguna parte del cuerpo no funciona correctamente, afecta al resto?
- 7.- ¿Qué partes de su cuerpo son más importantes en su vida diaria?
- 8.- ¿Qué es lo que más cuida de su cuerpo? ¿Por qué? ¿Qué hace?
- 9.- Si usted se mira en un espejo, ¿qué parte de su cuerpo cree que lo caracteriza?
- 10.- Para que una persona le parezca agradable, armoniosa y sana ¿qué características debe tener en relación con su cuerpo?
- 11.- ¿Para usted cómo es un cuerpo agradable? ¿Por qué?
- 12.- ¿Cómo es un cuerpo desagradable? ¿Por qué?
- 13.- ¿Se ha sentido rechazado por alguna razón?
- Si, ¿Ese rechazo tuvo que ver con alguna parte de su cuerpo?
- No, ¿Por qué?
- 14.- ¿Qué es lo que las mujeres cuidan de su cuerpo?
- 15.- ¿Qué es lo que los hombres cuidan de su cuerpo?
- 16.- Alguna vez se ha sentido menos/mal/inferior por comparar su cuerpo con el de otra persona? ¿con un hombre? ¿con una mujer?
- 17.- ¿Usted cree que el cuerpo es importante para comunicarnos y relacionarnos con otros?
- Si, ¿Por qué?
- No, ¿Por qué?
- 18.- ¿Cuál sería la parte del cuerpo que considera más importante para comunicarnos y relacionarnos con otros?
- 19.- ¿Usted cree que el cuerpo sea una manera de identificarnos con otros? ¿porqué?

1. Boca.

Algunas preguntas más particulares, por ejemplo, sobre la boca...

- 1.- ¿La boca es importante para comunicarnos y relacionarnos?
- 2.- ¿Qué otras necesidades nos ayudan a satisfacer la boca?
- 3.- ¿Identifica cuáles son las partes que forman la boca?
- 4.- ¿Cómo es una boca agradable? ¿qué tiene, qué no tiene? (Mostrar Imágenes)
- 5.- ¿Cómo es una boca desagradable? ¿qué tiene, qué no tiene?
- 6.- ¿Una persona con una boca desagradable debería hacer algo para modificar esa característica?
- 7.- ¿Si usted convive con personas que tienen una boca desagradable, preferiría que no fuera así?
- 8.- ¿Usted cree que su boca es agradable? ¿Por qué?

EXCLUSIÓN

- 9.- ¿Cómo es una boca bonita? ¿Por qué?
- 10.- ¿Cómo es una boca fea? ¿Por qué?
- 11.- ¿Cómo crees que te sentirías si te faltan varios dientes? ¿Por qué?

SEXUALIDAD

- 12.- - ¿La boca es importante o tiene alguna función en la sexualidad de las personas? ¿Cuál?
- 13.- ¿A usted le preocupa alguna parte de su boca? ¿Cuál o cuáles?
- 14.- ¿Si no tuvieras tus dientes completos, crees que podrías comunicarte, sonreír o besar?
- 15.- Usted considera que la saliva cumple una función importante en las relaciones de pareja?
- 16.- ¿Sería pareja de una persona con una boca desagradable?
- 17.- ¿En sus relaciones de pareja la boca ha sido importante? ¿Por qué?

1. Salud/Enfermedad/Atención

SALUD

- 1.- ¿Por qué razón el cuerpo llega a deteriorarse “antes de tiempo”?
- 2.-Para usted ¿qué es un cuerpo sano?
- 3.-Para usted ¿qué es un cuerpo enfermo?
- 4.- ¿Cómo considera su estado de salud actual, sano o enfermo?
- 5.- ¿Tener problemas de salud le hace sentirse mal? ¿Por qué?
- 6.- ¿Siente que pudo haber hecho algo para prevenirlo? ¿qué hizo para prevenirlo?
- 7.- ¿Dónde se informa sobre los cuidados y la salud de su cuerpo?
- 8.- ¿Qué es lo primero que hace cuando se le presenta un problema de salud?
- 9.- ¿A quién acude primero cuando tiene un problema de salud?
- 10.- ¿De quién es responsabilidad la salud de su cuerpo?
- 11.-Si usted se siente enfermo, ¿cómo afecta su estado de ánimo?
- 12.- ¿Cómo se siente cuando sabe que tiene que ir al Centro de Salud? ¿Por qué?

ENFERMEDAD

- 1.-Usted considera que estar enfermo es una limitación? ¿Por qué?
- 2.-Usted considera que no tenemos derecho a enfermarnos?
- 3.- ¿Cómo se siente cuando tiene que trabajar o convivir con una persona enferma?
- 4.- ¿Cuáles son los hábitos que usted tiene para prevenir enfermedades?

DOLOR

- 1.- ¿De qué manera su cuerpo “le avisa” que algo no funciona bien?

- 2.- ¿Cómo controla el dolor?
- 3.- ¿Le ha dolido alguna parte del cuerpo tan fuerte que no pudo trabajar o ir a la escuela?
- 4.- ¿Cómo afecta el dolor a su vida cotidiana?
- 5.- Por ejemplo, si le duele un diente, ¿qué hace?

SALUD BUCAL

- 1.- ¿Por qué razón la boca llega a deteriorarse “antes de tiempo”?
- 2.- Para usted ¿qué es una boca sana?
- 3.- Para usted ¿qué es una boca enferma?
- 4.- ¿Cuándo la boca funciona mal, qué pasa?
- 5.- ¿Usted considera que su boca está sana o enferma?
- 6.- ¿Cómo afectaría el mal funcionamiento de su boca a su vida cotidiana?
- 7.- ¿Tener problemas bucales le ha provocado una situación en la que haya sido excluido?
- 8.- ¿A una persona con problemas bucales le parece agradable?
- 9.- ¿Sería pareja de una persona con problemas bucales?
- 10.- ¿Quién presenta más problemas bucales, mujeres u hombres, por qué?
- 11.- ¿Es indispensable tener todos los dientes para tener una boca sana?
- 12.- ¿Si no tuvieras tus dientes completos, crees que podrías comer, comunicarte, sonreír o besar? ¿por qué?
- 13.- ¿Tener problemas dentales afecta su vida laboral, escolar y familiar?
- 14.- ¿Cómo se siente una persona con sus dientes completos y sanos?
- 15.- ¿Por qué se producen las enfermedades en la boca?
- 16.- ¿Qué problema o enfermedad ha padecido en su boca?

PROMOCIÓN DE SALUD

- 1.- ¿Qué actividades / hábitos tiene para cuidar su salud? ¿Por qué?
- 2.- ¿Existe algún mal hábito que genere problemas con la boca? ¿Cuál y por qué?
- 3.- ¿Cuáles son los hábitos que tiene para prevenir enfermedades en la boca?
- 4.- ¿Lo que sabe sobre el cuidado de la salud de su boca le ha servido? ¿Por qué?
- 5.- ¿De dónde aprendió los cuidados de la salud de su boca?
- 6.- ¿Quién debe enseñar cómo se cuida adecuadamente la boca?
- 7.- ¿Quién es el responsable de prevenir caries y enfermedades en la boca de los niños?
- 8.- ¿Quién es el responsable de prevenir caries y enfermedades en la boca de los adultos?

FUNCIONAMIENTO

- 1.- ¿Su boca funciona bien?
- 2.- ¿Cómo afectaría este mal funcionamiento a su vida diaria?
- 3.- ¿Los problemas dentales que ha tenido le han hecho sentirse mal?
- 4.- ¿Si tiene problemas dentales o cuando los ha tenido, sonrío igual?

Atención y ejercicio de la profesión

- 1.- ¿Usted que cree que los pacientes piensan del odontólogo? ¿Por qué?
- 2.- ¿Qué cree que piensan de usted?

3.- ¿Usted informa de los padecimientos a todas las personas que acuden a la atención odontológica? ¿Cómo lo hace?

4.- ¿Cómo es su relación con sus pacientes? ¿Alguna vez ha sentido que no entienden lo que les dice?, ¿le desespera?, ¿Cómo lo soluciona?

5.- ¿En qué se basan las diferencias de atención en los diferentes grupos de pacientes?

6.-Usted considera que existen pacientes buenos y pacientes malos ¿Por qué?

7.-En su experiencia ¿qué pasa qué significa para los pacientes venir a la dentista?

8.- ¿Cuáles cree que sean las principales limitaciones para asistir a consulta?

9.- ¿Usted cree que existan tratamientos odontológicos exclusivos para pobres?

10.- ¿Existen diferencias importantes entre la atención pública y la atención privada?

11.- ¿Usted cree que se puedan disminuir los índices de caries y de enfermedad periodontal? ¿Cómo?

12.- ¿Usted considera que para disminuir los índices de enfermedades bucales se necesitan más odontólogos generales o más especialistas?¿por qué?

13.- ¿Usted qué opina del concepto de salud de la OMS?

14.- ¿Usted qué opina del concepto de salud bucal de la OMS?

15.-¿De quién cree que es responsabilidad la salud bucal de la población?

16.- ¿Cómo se siente usted ejerciendo su profesión?

17.- ¿Le gusta su trabajo ¿por qué?

18.- ¿Le gusta su lugar de trabajo? ¿Por qué?

19.- ¿Usted considera más importante el trabajo de los odontólogos generales o el de los especialistas?

20.- ¿Usted considera que las enfermedades y salud de la boca son consecuencia solo de 21.-los hábitos de las personas?

22.- ¿Usted considera determinantes las condiciones de vida (su casa, sus ingresos, su nivel educativo) para la salud bucal de los pacientes? ¿por qué?

Los avances tecnológicos y la salud bucal.

1.- ¿Usted considera que la tecnología dental está en avanzada? ¿Por qué?

2.- ¿Usted considera que, con el avance tecnológico, las enfermedades bucales han disminuido? ¿Por qué?

4.- ¿Usted considera que existen grupos de personas excluidos del uso de la tecnología avanzada en odontología?

Responsabilidad ética, moral y política

1.- ¿Si un paciente tiene dolor es una prioridad de atención o se respeta su turno?

2.- ¿los pacientes que llegan a la atención odontológica son tratados como personas o como enfermos?

3.- ¿Cómo le hace saber a las personas que atiende que ellos pueden decidir si se hace o no un tratamiento?

4.- ¿Los pacientes tienen derecho a elegir su tratamiento o lo elige la institución?

5.- ¿Usted considera que es correcto explicarles a los pacientes antes de recibir un tratamiento las diferentes posibilidades que existen con respecto a su cuerpo y su salud y la salud de su boca, considerando sus valores, creencias y planes de vida? ¿Por qué? ¿Cómo lo hace? ¿Me puede dar un ejemplo?

6.- ¿A menudo usted se pone en el lugar del paciente que va a atender?

7.- ¿Si usted estuviera en su situación aceptaría hacerse el tratamiento que usted le está proponiendo? ¿por qué?

9.- ¿Usted considera que los tratamientos que se realizan en la atención odontológica son benéficos para los pacientes? ¿por qué?

10 ¿Usted considera que todas las personas independientemente de sus recursos económicos, de su raza, religión tienen derecho a una atención odontológica informada de calidad y tecnológicamente avanzada, siempre que esta le sea benéfica para su salud? ¿Por qué?

11.- ¿Cómo funciona el principio de autonomía y autonomía disminuida de las personas en la atención odontológica?

12.- Si un paciente decide no realizarse un tratamiento por qué lo considera innecesario y para usted si lo sea y además le de beneficios y no le cause daño, usted, ¿lo convence, lo regaña, o simplemente no le realiza el tratamiento?

13.- ¿Usted considera que todas las personas deben de ser atendidas por igual?

14.- ¿Cuáles serían los motivos por los que usted no atendería a una persona?

15.- ¿Cuáles son las consideraciones que toman para mandar a un paciente al segundo o tercer nivel de atención?

Formulación, implementación y evaluación de políticas públicas en salud bucal.

1.- ¿Usted participa en la implementación de algún programa de salud bucal? ¿Cómo? ¿por qué?

2.- ¿Cómo funcionan los programas de salud bucal? ¿Quién los elabora?

3.- ¿Usted considera que los programas de salud bucal formulados por la secretaría de salud funcionan y son útiles?

4 ¿Le gustaría cambiar alguna parte de los programas de salud bucal?

5 ¿Le gustaría participar de otra manera? ¿Cómo?

6 ¿Usted sabe cómo y quienes elaboran las políticas en salud bucal del país?

DESPEDIDA.

Le agradecemos el tiempo que dio para la entrevista, le reiteramos que sus datos personales serán protegidos y usados únicamente para la investigación. Una vez que trabajemos con las entrevistas y el análisis, quizás se interese en conocer los resultados. Si es así ¿le gustaría dejarnos algún dato para contactarlo? Le agradecemos su participación.

Datos de contacto.

C) Modelo de consentimiento informado



Universidad Autónoma Metropolitana

Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva

Proyecto: El significado de la boca y su relación con la

salud bucal en el diseño de las políticas públicas de salud bucal en México.

Estimado(a) Señor/Señora:

Como parte del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la UAM se está realizando un proyecto de investigación con el apoyo de la Jurisdicción Sanitaria de Milpa Alta y de Benito Juárez, en la Ciudad de México. El objetivo del estudio es explorar, analizar y articular los significados atribuidos al cuerpo y a la salud. El estudio se realiza en los Centros de Salud “T1 y T3 Gastón Melo” y en el “T3 Portales”.

Si Usted acepta participar en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

Le haremos preguntas sobre lo que piensa de su cuerpo, su salud y sobre cuestiones generales acerca de su vivienda, escolaridad y datos personales. La entrevista durará aproximadamente 20 minutos y se realizará en el espacio designado por el Centro de Salud correspondiente. Necesitamos grabar la entrevista, por lo que le solicitamos su autorización para ello. Si alguna pregunta le hiciera sentir incómodo(a), tiene el derecho de no responder.

Usted no recibirá ningún pago por participar, y tampoco implica algún costo para usted. Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando con el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva.

Toda la información que usted proporcione para el estudio será confidencial, será utilizada únicamente por el equipo del proyecto y no estará disponible para otro propósito. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

La participación en este estudio es voluntaria y no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en el Centro de Salud.

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

<p style="text-align: center;"><u>Consentimiento para su participación en el estudio</u></p> <p style="text-align: center;">Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el estudio: El significado de la boca y su relación con la salud bucal en el diseño de las políticas públicas de salud bucal en México.</p> <p style="text-align: center;">.</p>	
<p>Nombre del participante:</p> <p>_____</p>	<p>Fecha:</p> <p>_____</p> <p>Día / Mes / Año</p>

<p>Firma: _____</p>	
<p>Nombre Completo del Testigo:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Dirección</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Firma</p> <p>Relación con el participante</p> <p>_____</p>	<p>Fecha:</p> <p>_____</p> <p>Día / Mes / Año</p>
<p>Nombre de la persona que obtiene el consentimiento</p>	<p>Fecha:</p> <p>_____</p> <p>Día / Mes / Año</p>

D) Modelo de entrevista para usuari@s.

¿QUÉ PIENSAN USUARIOS ACERCA DE SU CUERPO Y SU SALUD?

Objetivos:

- Explorar, analizar y articular significados de la boca y la salud bucal.
- Analizar políticas públicas en salud bucal y su relación con significados de la boca y a la SB.
- Articular los significados de la boca y la SB mediante los discursos de los entrevistados.

1. Datos personales.

Número de entrevista:

Nombre:

Ingreso familiar:

Edad:

Vivienda:

Sexo:

Dependientes económicos:

Ocupación:

Servicios de salud:

Escolaridad:

Dirección:

Estado civil:

Teléfono:

2. Cuerpo

¿Cómo se siente con su cuerpo?

¿Qué parte o partes de su cuerpo le gustan o le disgustan?

¿Qué partes de su cuerpo son más importantes en su vida diaria?

¿Qué es lo que más cuida de su cuerpo? ¿Por qué? ¿Qué hace?

Si se mira en un espejo, ¿qué es lo que le gusta más de usted? ¿Por qué?

Para que una persona que ve por primera vez le parezca agradable, ¿qué observa en esa persona, cómo debe ser su rostro, su boca?

¿Piensa que usted ha sido rechazado por alguna razón que tenga que ver con su cuerpo?

¿Qué es lo que más cuidan las mujeres y los hombres de su propio cuerpo?

¿El cuerpo es un medio que sirve para relacionarnos con los demás?

3. Boca

Algunas preguntas más particulares, por ejemplo, sobre la boca...

¿La boca es importante para la comunicación?

¿Cómo son un rostro y una boca agradables, qué tienen, qué no tienen?

¿Usted convive con gente que tiene una boca desagradable, preferiría que no fuera así?

¿El rostro y la boca son importantes o tienen alguna función en la sexualidad de las personas?

¿A usted le preocupa su boca y su dentadura?

¿Para qué le sirve la boca y la dentadura?

¿Los problemas dentales que ha tenido le han hecho sentirse mal?

¿Si tiene problemas dentales o cuando los ha tenido, sonrío igual?

4. Salud

¿Qué actividades / hábitos tiene para cuidar su salud?

¿A quién prefiere acudir para atender problemas de salud?

¿Dónde se informa sobre los cuidados y la salud de su cuerpo?

¿Por qué razón el cuerpo llega a deteriorarse “antes de tiempo”?

¿Cómo afecta el estado actual de su salud a su estado de ánimo?

¿Cómo se siente cuando sabe que tiene que venir al Centro de Salud?

5. Enfermedad

¿Estar enfermo le ha impedido realizar alguna actividad o integrarse con algún grupo?

¿Cómo se siente cuando tiene que trabajar o convivir con una persona enferma?

¿Cómo identifica a una persona que está enferma? ¿Cómo es en su vida diaria?

¿Qué es una enfermedad? ¿Usted está enfermo? ¿Qué haría si no estuviera enfermo?

¿Qué piensa de los doctores, dentistas y las personas que trabajan relacionados con la salud?

¿Ha tenido alguna experiencia buena que quisiera reconocerles?

¿Le parece clara la información que recibe por parte del personal de salud?

6. Dolor

¿De qué manera su cuerpo “le avisa” que algo no funciona bien?

¿Cómo controla el dolor?

¿Le ha dolido alguna parte del cuerpo tan fuerte que no pudo trabajar o ir a la escuela?

¿Cómo afecta el dolor a su vida cotidiana?

Por ejemplo, si le duele un diente, ¿qué hace?

BOCA/DIENTES:

¿La boca es una parte importante del cuerpo, por qué?

¿Su boca funciona bien?

¿Cómo afectaría el mal funcionamiento de su boca a su vida cotidiana?

¿Quién presenta más problemas bucales, mujeres u hombres, por qué?

¿Qué cuidados tiene usted con su boca?

¿Una persona con problemas bucales le parece agradable?

¿Cómo es una boca bonita?

¿Tener problemas bucales le ha provocado una situación en la que haya sido excluido?

¿Sería pareja de una persona con problemas bucales?

¿Conoce alguna canción/poema romántico donde se hable de la boca, qué piensa de ello?

¿La boca es importante, se ha enamorado de alguien por su boca?

¿En su relación de pareja, la boca es importante?

¿Para qué sirven los dientes?

¿Es indispensable tener todos los dientes para tener una boca sana?

¿Sin la dentadura completa es posible comer bien, comunicarse, sonreír?

¿Cómo se siente una persona con sus dientes completos y sanos?

¿Cómo se siente una persona a la que le faltan varios dientes?

¿Cómo se siente usted en relación con su boca?

¿Por qué se producen las enfermedades en la boca?

¿Quién debe enseñar cómo se cuida adecuadamente la boca?

- ¿Lo que sabe sobre el cuidado de la salud de su boca le ha servido?
- ¿Qué los niños tengan caries es culpa de alguien?
- ¿Qué los adultos tengan caries y les falten uno o varios dientes, es culpa de alguien?
- ¿Existe algún hábito que genere problemas con la boca?
- ¿Existe algún hábito que prevenga problemas en la boca?
- ¿Qué problema o enfermedad ha tenido con su boca?
- ¿Cómo ha tratado, curado, atendido, los problemas o enfermedades de su boca?
- ¿Cuáles son las principales señales que nos avisan de problemas con la boca?
- ¿Cómo cambia su rutina si su boca está enferma?
- ¿Cómo cambia la relación con su pareja si su boca está enferma?

DESPEDIDA

Le agradecemos el tiempo que dio para la entrevista, le reiteramos que sus datos personales serán protegidos y usados únicamente para la investigación. Una vez que trabajemos con las entrevistas, es posible que necesitemos hablar más sobre algunos temas con usted, ¿estaría de acuerdo en realizar una segunda entrevista? Le agradecemos su participación.