

ANÁLISIS DE LA RACIONALIDAD EN DOCUMENTOS DE SALUD BUCAL
ENCUESTAS Y ETNOGRAFÍAS PUBLICADAS EN EL ENSAB IV

ROCIO CATALINA PADILLA BONZA
SANDRA ISABEL BARBOSA QUINTERO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA - UNIVERSIDAD EL BOSQUE
BOGOTÁ, OCTUBRE 2016

HOJA DE IDENTIFICACIÓN

UNIVERSIDAD	El Bosque
FACULTAD	Medicina – Maestría en Salud Pública
TÍTULO	Análisis de Racionalidad en Documentos De Salud Bucal, Encuestas y Etnografías Publicadas en el ENSAB IV
INSTITUCIÓN PARTICIPANTE	Universidad El Bosque
TIPO DE TRABAJO	Maestría
INVESTIGADORES	Rocío Catalina Padilla Bonza Sandra Isabel Barbosa Quintero
INVESTIGADORES ASOCIADOS	María Carolina Martínez Rodríguez Luis Alejandro Gómez

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a todas las personas que hicieron posible la realización de este trabajo, en especial a los docentes de la Maestría en Salud Pública de la Universidad El Bosque quienes nos orientaron para conocer las Ciencias de la Complejidad y su aplicación en nuestra vida personal y profesional, en especial al profesor Jorge Sandoval París, la profesora María Carolina Martínez y el profesor Alejandro Gómez, nuestros tutores. Queremos también agradecer a la Doctora Sandra Tovar, funcionaria del Ministerio de Salud y Protección Social al igual que al Doctor Jaime Alberto Ruiz Carrizosa quienes nos concedieron parte de su valioso tiempo para las entrevistas que nutrieron este trabajo con sus conocimientos y experiencia en diferentes campos de la salud oral. Por último queremos agradecer a nuestras familias que nos apoyaron y permitieron que dedicáramos tiempo para la realización de este documento. Bendiciones para todos.

CUADRO DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
1. ANTECEDENTES.....	12
1.1. ESTADO DEL ARTE.....	12
1.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	18
1.3. METODOLOGÍA	26
2. ANÁLISIS.....	29
2.1. ANÁLISIS CONCEPTO DE “SALUD”	29
2.2. ANÁLISIS COMPONENTE CUANTITATIVO.....	36
2.3. ANÁLISIS DEL COMPONENTE CUALITATIVO.....	47
2.3.1. ANÁLISIS SEGÚN TIPO DE RACIONALIDAD.....	47
2.3.1.1 RACIONALIDAD PERFECTA	48
ENTREVISTA	48
ETNOGRAFIAS ENSAB IV	51
RESULTADOS ENCUESTAS ENSAB III Y IV	54
2.3.1.2 RACIONALIDAD INTUITIVA.....	56
ENTREVISTA	56
ETNOGRAFÍAS ENSAB IV	59
3. DISCUSIÓN	62
4. CONCLUSIONES	66
5. BIBLIOGRAFÍA.....	69

ANÁLISIS DE LA RACIONALIDAD EN DOCUMENTOS DE SALUD BUCAL, ENCUESTAS Y ETNOGRAFÍAS PUBLICADAS EN EL ENSAB IV

Rocío Catalina Padilla Bonza¹

Sandra Isabel Barbosa Quintero²

Palabras clave: Ciencias cognitivas; Proceso de decisión; Teoría de la Decisión Racional;

Salud Oral.

Introducción. Presentamos el análisis histórico de morbilidad en salud bucal, enfatizando en el Estudio Nacional de Salud Bucal III y IV realizados en 1998 y 2014. Desde la Teoría de la Decisión Racional y mediante la metodología del análisis del Discurso se analizó el componente cualitativo que corresponde a las encuestas realizadas en ambos estudios y a las etnografías publicadas en 2014. Se realizaron dos entrevistas a la funcionaria del Ministerio de Salud encargada del componente de salud bucal y al Decano de Odontología de la Universidad El Bosque. Resultados: Identificamos dos tipos de racionalidad. Racionalidad perfecta en el discurso de la funcionaria del Ministerio de Salud, en el Plan Nacional de Salud Bucal y en el ENSAB IV, mientras que el discurso del decano de la facultad de odontología y las transcripciones de los protagonistas de las etnografías las clasificamos como intuitiva, según el marco teórico. En cuanto al análisis del discurso los actos de habla más frecuentes fueron de tipo afirmativo y desafortunado en el caso de los documentos y la entrevista a la funcionaria del Ministerio. En el discurso de los protagonistas de las etnografías, el tipo de habla es de tipo expresivo porque se percibe la sinceridad, sentimientos, y emociones con respecto a situaciones vividas. Conclusiones: Evidenciamos una disminución de los indicadores en salud bucal de los años revisados. Las entidades, al tener una racionalidad perfecta creen que tienen la certeza del conocimiento acerca de la población, gracias a los datos estadísticos arrojados por los estudios en salud bucal. Por otra parte, la población tiene una racionalidad intuitiva, porque aprende según la experiencia y las interacciones dentro de sus contextos. En las interacciones con las entidades y el sistema de salud han priorizando la atención clínica o curativa.

1. Odontóloga. Estudiante de IV Semestre de Maestría en Salud Pública en la Universidad El Bosque
2. Nutricionista, especialista en salud ocupacional y epidemióloga. Epidemióloga de Campo – FETP - INS. Hospital del Sur E.S.E. Estudiante de IV Semestre de Maestría en Salud Pública en la Universidad El Bosque

RATIONALITY ANALYSIS IN DENTAL HEALTH DOCUMENTS, PUBLISHED SURVEYS AND ETHNOGRAPHIES IN THE ENSAB IV

Keywords: Cognitive sciences; decision-making; Rational Decision Theory, Dental Health

Introduction. Presentation of the historical analysis of morbidity in dental health, emphasizing the National Oral Health Survey III and IV made in 1998 and 2014. From the Theory of the Rational Decision and using the methodology of discourse analysis the qualitative component was analyzed, which correspond to the surveys conducted in both studies and the ethnographies published in 2014. Two interviews were made to the director of Dental Health Area in the Health Ministry and to the Dean of Dentistry in the El Bosque University. RESULTS: We identified two types of rationality. Perfect Rationality in the speech of the director of the Ministry of Health, in the National Dental Health Plan and in the ENSAB IV, while the speech of the Dean of the faculty of Dentistry and the main characters transcriptions of the ethnographies classified as intuitive, according to the theoretical framework. In reference to the speech analysis the most frequent acts of speech were of affirmative and unfortunate type in the documents and the interview held with the Director of the Health Ministry. In the speech of the ethnographies main characters, the type of speech is expressive because sincerity, feelings and emotions are perceived with respect to lived situations.

CONCLUSIONS: Findings indicate a decline in the dental health indicators in the years reviewed. The institutions, having a perfect rationality believe that they have the certainty of knowledge about population, thanks to the statistical data obtained from studies in dental health. Otherwise, population has an intuitive rationality, because it learns from experience and interactions within its contexts. In interactions with institutions and the health system have prioritized clinical or curative care.

INTRODUCCIÓN

En Colombia se han realizado cuatro Estudios Nacionales de Salud Bucal (1965-66, 1977-80, 1998, 2014). El panorama históricamente de las enfermedades bucales hasta la actualidad permite entender la situación del país, que ha sido catalogado por la OMS como un problema de salud pública.

Desde 1965 con la Investigación Nacional de Morbilidad Oral, hasta el actual Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV, 2014) se puede observar la mejoría en algunas enfermedades relevantes para la salud bucal, en cambio en otras, se observa un marcado retroceso. La caries dental es una enfermedad ampliamente reconocida a nivel mundial y nacional, como sinónimo de mala salud bucal, además de las consecuencias que trae en estados avanzados.

En 1965 la población presentaba una prevalencia alta de caries, y el acceso a los servicios de salud odontológicos eran muy limitados. En 1979 cuando se publicó “Salud para todos en el año 2000”, en la Asamblea mundial de la salud, se plantearon seis metas relacionadas con la salud bucal, específicamente para caries y pérdida de dientes.

En el estudio publicado en 1980, el II Estudio de Morbilidad Oral, la prevalencia de caries y de enfermedad periodontal se mantuvo en aumento. Fue por esto que el Ministerio de Salud en 1984, con el Decreto 2024, y posterior a una investigación exhaustiva acerca de la implementación de fluoruros por vía sistémica, aprobó la fluoración de la sal de cocina en Colombia, como medida preventiva masiva en la población.

En 1993 se implementó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS-Ley 100 de 1993), cuyo objetivo es garantizar las prestaciones económicas y de salud, además de la cobertura universal a los servicios de salud. Y se implantó en el año 1996 el primer Plan Nacional de Salud Bucal.

En 1998 se publicó el tercer Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III), el cual, a partir de la experiencia en los estudios previos, vio la necesidad de incluir un componente

cualitativo en la encuesta para comprender la salud bucal más allá de los indicadores en salud, conociendo las representaciones, conocimientos y prácticas de la población. Entre los hallazgos más relevantes, la caries, entre otras enfermedades se redujeron considerablemente, esto gracias a la medida implementada por el Ministerio de Salud de la fluorización de la sal, y por el aumento en la cobertura de los servicios de salud odontológica.

Sin embargo, la enfermedad periodontal, que afecta los tejidos de sostén del diente, que se caracteriza en etapas iniciales por la inflamación, sangrado de las encías (Gingivitis), y posteriormente la destrucción del hueso de sostén del diente, causando la pérdida del mismo, aumentó considerablemente. Se demostró que el 92% de la población presentaba al menos uno de estos síntomas, lo cual hizo que el Ministerio de salud tomara acciones, que fueron incluidas en la Resolución 0412 del 2000, y adoptó las normas técnicas en relación a las actividades, procedimientos e intervenciones para el desarrollo de acciones de protección específica y detección temprana en salud, las cuales incluyeron, el control y remoción de placa bacteriana, la aplicación de flúor tópico, la aplicación de sellantes y el detartraje supragingival (remoción mecánica de cálculos o placa bacteriana endurecida acumulada encima de la encía, que es visible; es realizada por un profesional en odontología).

La legislación continúa con el Sistema General de Participaciones, el cual reguló los recursos para el sector salud, mediante la Ley 715 de 2001. Basados en esto, el Ministerio de la Protección Social (en este momento no era Ministerio de Salud), en 2006, publicó el segundo Plan Nacional de salud Bucal (Resolución 3577), como medida regulatoria para contrarrestar los resultados deficientes del estudio previo realizado en el país, y debido a que la percepción de salud Bucal no era importante para la población.

Un año después, se publicó el decreto 3039 de 2007, que corresponde al Plan Nacional De Salud Pública para el cuatrienio (2007-2010), en donde la Salud bucal era la tercera prioridad nacional. Paralelamente, la Ley 1122 de 2007 que reformó parcialmente el SGSSS, y años después, la Ley 1438 de 2011 hace la reforma al SGSSS, donde incluyeron dentro del plan de beneficios la mayoría de los procedimientos en odontología, para mejorar la atención y la cobertura dentro del sistema.

El Ministerio de Salud y de la Protección Social, publicó el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (Resolución 1841 de 2013), en el cual la salud bucal está contenida dentro de una de las dimensiones prioritarias, que es la Dimensión de Vida Saludable y condiciones no transmisibles.

Después de dieciséis años, se publicó el cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV, 2014), el cual reflejaría que las acciones implementadas con la política, los planes y estrategias promovidas, tendría o no resultado.

El enfoque del estudio estuvo a cargo de La Determinación Social de la Salud, una corriente Latinoamericana enfocada en la salud colectiva y la medicina social, en busca de establecer las condiciones de salud-enfermedad-atención bucal. Se evidenció una continua mejoría para caries, pero un retroceso en cuanto a la enfermedad periodontal y pérdida de dientes. Sin embargo, en todas las patologías estudiadas, se evidencia una tendencia al aumento conforme aumenta la edad, teniendo en cuenta que en esta oportunidad se incluyeron los niños y niñas menores de 5 años en el estudio, dejando ver problemáticas en salud bucal desde edades muy tempranas.

El componente cualitativo del estudio estuvo a cargo de la Encuesta y las Etnografías realizadas en casos seleccionados en las regiones del país, para conocer los contextos y comprender a profundidad la situación de salud bucal de la población.

Con la Ley Estatutaria (Ley 1751 de 2015), la cual regula el Derecho Fundamental a la Salud, y enmarcados en el Plan de Desarrollo 2014-2018 (Resolución 1753 de 2015), se empieza a desarrollar un nuevo marco legal, por consiguiente, se publica La Política de Atención Integral en Salud (PAIS- Resolución 429 de 2016), la cual regula la implementación del modelo y las rutas de atención en salud, donde la salud bucal está implícita, ya que hace parte del SGSSS.

La Estrategia Incremental de Cuidado Bucal y Protección Específica en salud Bucal, “Soy Generación Más Sonriente” (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2014), dirigido a la primera infancia, infancia y adolescencia, se desarrolló con el fin de mejorar las condiciones de salud bucal más prevalentes (historia y prevalencia de caries), y en cumplimiento de las metas del Plan Decenal de Salud Pública. Actualmente ha tenido

cambios que están alineados con la Política de Atención Integral en Salud y al Modelo Integral de Atención en Salud.

La normatividad vigente es numerosa y muestra un compromiso por la salud bucal en el país. Los resultados obtenidos de los cuatros estudios en salud bucal, reflejan una dicotomía en la enfermedad, puesto que, a pesar de las evidentes mejoras en cuanto a su reducción de indicadores de enfermedad como el COP-D, es notorio el mantenimiento y el detrimento de la enfermedad, a pesar de los esfuerzos que ha realizado el país para contrarrestar esta situación.

La salud bucal ha sido plenamente asistencialista, de ahí que los planes y estrategias implementados en promoción y prevención, no han tenido el impacto esperado. Los procesos de educación no están impactando a largo plazo a la población, durante la infancia y adolescencia, donde aparentemente la enfermedad está controlada gracias a las intervenciones estipuladas por la legislación, pero al llegar a la juventud y adultez los indicadores empeoran considerablemente. Los procesos comunicativos realizados no están siendo adheridos a los conocimientos, actitudes y prácticas de la población objeto en dichas estrategias.

Es necesario cambiar el paradigma centrado en la enfermedad y en un pensamiento causalista, donde los profesionales de la salud juegan un papel muy importante, ya que se han centrado en la intervención dejando a un lado la educación en salud bucal. Esto lo evidenciamos en el estado del arte, en donde pudimos encontrar un gran número de publicaciones específicamente dirigidas a las distintas enfermedades y consecuencias clínicas en salud bucal, pero el abordaje cualitativo, mediante herramientas distintas que permitan una comprensión real más allá de los indicadores no se evidencia en la misma proporción.

El análisis de la situación actual en salud bucal y la normatividad vigente que la ha influenciado enormemente, demuestra las falencias que se ha tenido durante tantos años, y podría explicar por qué la salud bucal no es una prioridad nacional, como lo fue en su momento. El análisis del componente cualitativo que se ha dejado de lado, priorizando los indicadores en salud, permitirá comprender a la población y las alternativas que se podrían presentar mediante el cambio de paradigma, utilizando las ciencias de la complejidad.

Igualmente, mediante el análisis del discurso de dos entrevistas realizadas, a personajes que influyen enormemente en la salud bucal en el país, es posible conocer la racionalidad de las Entidades que representan. Con este análisis queremos explicar los resultados publicados en el ENSAB IV que muestran una mejoría en algunos de los indicadores de salud bucal pero un gran deterioro en otros, incluso desde el primer año de edad.

De manera que el objetivo que nos planteamos, es analizar la racionalidad presente en el último estudio Nacional de Salud Bucal, ya que allí se contienen los conocimientos de la población del país, así como también se evidencia la racionalidad de los autores del estudio. Sin dejar de lado el análisis de la normatividad desarrollada hasta hoy, que influye directamente en la situación en salud bucal en el país.

1. ANTECEDENTES

1.1. ESTADO DEL ARTE

Las enfermedades crónicas son uno de los problemas de salud líderes a nivel mundial. Los rápidos cambios en los patrones de las enfermedades tienen una relación con la evolución en los estilos de vida, como por ejemplo el cambio en la dieta, y por los determinantes socio-ambientales, que son riesgos para la mayoría de las enfermedades crónicas. Sin dejar de lado los factores protectores, que en este caso serían la adecuada exposición al flúor y una buena higiene bucal. (Petersen, 2003)

Las enfermedades orales se catalogan por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como principales problemas de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia en todas las regiones del mundo, y porque existen los mecanismos para su control y prevención. Afirma que las mayores cargas de enfermedades bucodentales están en las poblaciones desfavorecidas y socialmente marginadas. (Petersen, 2003)

La Estrategia Mundial de la OMS para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, sumado al enfoque de factor de riesgo común es una nueva estrategia para la gestión de la prevención y control de enfermedades orales. (Petersen, 2003)

Existe un número incalculable de publicaciones acerca de las diferentes enfermedades que afectan la boca, ya que la ciencia se ha enfocado en la cura de la enfermedad. La caries es una enfermedad que es reconocida a nivel mundial, y sigue siendo objeto de estudio en las sociedades, por su presencia y permanencia en la población. De esta manera debemos reconocerla como un complejo proceso que afecta los tejidos dentales, resultado de la pérdida de minerales de la superficie dental, cuya primera manifestación visual se presenta como una opacidad o decoloración en la superficie del esmalte que de progresar sin recibir tratamiento llega a presentar una cavidad extensa, con mayores consecuencias (A.I.Ismail, 2007). De igual manera constituye un grave problema de salud pública para los países industrializados y en desarrollo. (Yevenes.I, 2010)

Las acciones de salud pública, implementadas hasta hoy, fueron creadas con el enfoque del paradigma científico moderno que resulta efectivo para el diseño de máquinas y obras de ingeniería, pero es cuestionable en el campo de la biología, los individuos y las comunidades que son dinámicos, complejos, impredecibles y adaptativos.

Las investigaciones realizadas para explicar eventos en salud están dirigidas a establecer las causas mediante métodos cuantitativos (en su mayoría) que generan una gran cantidad de datos. Sin embargo, en los últimos años se han empezado a realizar investigaciones en salud con metodologías cualitativas, pero la mayoría de los resultados presentados por los autores se limitan a presentar datos que son analizados cuantitativamente, buscando causalidad, en donde no hay reflejo de las explicaciones ni los contextos de las comunidades estudiadas.

Según el paradigma científico moderno, es necesario “descomponer” hasta el origen para poder explicar el todo. Con esta teoría se espera conocer hasta las partes más pequeñas de los diferentes órganos del cuerpo humano, para poder explicar su funcionamiento, apartando muchas veces las interacciones y relaciones entre ellas.

Según Dabas, los científicos han buscado “certezas infinitas y conocimientos absolutos”, (Dabas & Najmanovich, 1995) creando teorías merecedoras de estudios minuciosos, demostrados y divulgados entre la comunidad científica en sus respectivas épocas, coherentes con los contextos históricos, geográficos y tecnológicos disponibles, los cuales han sido cambiados con el desarrollo de nuevas tecnologías y con los aportes de otras disciplinas.

Sin embargo, para los científicos de la modernidad, hay un “modelo de salud ideal” que debe adaptarse a todos los contextos, territorios y épocas, basados en la evidencia en salud. Este modelo es recomendado para todos los países del mundo de manera estandarizada por los organismos internacionales y es adoptado por entidades del Estado, como en el caso de Colombia, el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud, que a su vez delega en las Secretarías Distritales y Departamentales de Salud, y las entidades prestadoras de los servicios de salud, la realización de estrategias y actividades de salud individual y colectiva con este enfoque, mediante planes, programas, políticas públicas y guías de atención.

La implementación de este modelo por las autoridades sanitarias ha dado como resultado una variación en los indicadores estadísticos de salud – enfermedad, mediante los cuales se establecen comparaciones con otros países, se dan prioridades de intervención, presupuestos y asignación de recursos.

Desde la medicina como ciencia, se perdió de vista al ser humano y se asignaron códigos, ideas o categorías como “diabético”, “crónico”, “hipertenso” que focalizan las intervenciones individuales y colectivas del sistema de salud, situación que se torna crítica cuando entra al escenario la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), donde se lleva a la máxima expresión la separación entre el ser humano, su diagnóstico clínico o evento en salud y las diferencias inherentes a su ser, como su cotidianidad, su núcleo familiar o red de apoyo primario, su historia de vida así como el contexto sociodemográfico y territorial en el que se desenvuelve.

Lo anterior se evidencia en diversas publicaciones científicas donde prevalece el concepto de enfermedad y la descripción de alteraciones anatómicas y fisiológicas para explicar fenómenos en salud. Los indicadores de éxito o fracaso de las intervenciones en la salud de los individuos y de las comunidades se establecen a partir de la presencia o no de enfermedad, y se miden con metodologías principalmente de tipo cuantitativo para describir las condiciones encontradas en la boca (Velasquez Maya C. L., 2015).

Los estudios realizados de salud bucal en Colombia, han centrado su interés en indagar por la frecuencia y/o la severidad de las patologías, ya que al parecer continúa bajo el paradigma positivista que ha imperado por siglos para explicar los fenómenos de salud-enfermedad. Persiste el enfoque biomédico que orienta las acciones bajo la lógica causalista centrada en la enfermedad individual, y en la concepción de la salud como un estado que está fragmentado, desvinculado de lo histórico y lo social. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Esta orientación también está latente en la sociedad de mercado, dirige los mayores esfuerzos a los medios de producción, lo que se traduce en avances tecnológicos cada vez más sofisticados para hacerle frente a la enfermedad específica, sin embargo, no ha permitido comprender los factores estructurales de la morbilidad en salud bucal.

El ENSAB III publicada en 1998, indagó por los conocimientos y prácticas de la población en materia de salud bucal, aunque de la misma manera que los anteriores, partiendo de una perspectiva teórica centrada fundamentalmente en la enfermedad y en el marco de un enfoque positivista, que tiene como prioridad establecer relaciones causa-efecto. El análisis que se hace en este estudio es completamente descriptivo, y su alcance no establece relación con los procesos sociales que en gran medida determinan los resultados obtenidos.

El más reciente estudio Nacional de Salud Bucal, la ENSAB VI (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), describe las condiciones de salud-enfermedad-atención bucal de la población colombiana, ampliando la comprensión en salud bucal mediante un abordaje cualitativo. Este estudio es el referente más importante en este tema y elemento fundamental dentro de la gestión de las líneas operativas del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, a partir de las cuales es posible diseñar e implementar políticas, planes, programas y estrategias que contribuyan a generar mejores condiciones de salud bucal desde edades tempranas, en procura de proveer bienestar a las personas como ejes y núcleos centrales de las políticas en salud como lo señala la Ley 1438 de 2011 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Sin embargo, los objetivos planteados se centran en actividades, y no en detectar las problemáticas inmersas, simplemente es una fuente de datos.

Este estudio tuvo dos grandes propósitos, el primero, reconocer las condiciones de salud-enfermedad-atención bucal, y en segundo lugar, acercarse comprensivamente a las desigualdades en salud y enfermedad bucal con elementos de análisis que ayudan a entender las dinámicas de los procesos que la condicionan, desde el enfoque de la Determinación Social de la Salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014) Se tuvo presente un enfoque clínico, la encuesta, y el componente empírico.

El componente cualitativo de este estudio se realizó con la encuesta y las etnografías realizadas en las diferentes regiones de nuestro país, basados en *La determinación social de la salud*, contradiciendo un poco la epidemiología clásica, porque es un concepto que viene de la salud colectiva y de la medicina social latinoamericana, que plantea un cambio de

paradigma. Debatido los conceptos planteados por la OMS que está alineado con *Los Determinantes sociales de la salud*. (Peñaranda C & Otálvaro C, 2013)

Este movimiento de La Determinación social de la salud, surge en Latinoamérica a finales de los años 60s y comienzos de los 70s, está orientado a entender la salud-enfermedad como un proceso dialéctico, que debe analizarse en el contexto social que las determina. Esta corriente no privilegia ni al sujeto ni a la sociedad, pero sí recoge en la categoría de *modos de vida* los procesos de producción, reproducción, deterioro, desgaste, y niveles del proceso salud enfermedad en lo singular, particular y general. Las dinámicas de acumulación de capital son esenciales para entender la determinación social de los procesos salud-enfermedad que conllevan a patrones de trabajo, consumo, a las falencias sociales, a las diversas culturas que no benefician la salud, y llevan a los individuos a padecer la enfermedad según su clase social, género o etnia. Es por esto que al ser parte de una sociedad, hacemos tenemos unos modos de vida que nos llevan a aumentar nuestras probabilidades de enfermar. Lo contrario a los Determinantes de la salud, los cuales afirman que el medio ambiente y los diferentes factores de riesgo son las causas de la enfermedad. (Morales-Borrero, Borde, & Eslava-Castañeda, 2013)

Teniendo en cuenta toda la legislación vigente, desde la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 100 de 1993), las modificaciones de éste (Ley 1122 y Ley 1438), hasta la regulación de la Salud como Derecho Fundamental (Ley 1751 de 2015), se desencadenó para el país una serie de cambios en pro de la salud, lo cual interviene en la manera como se ha venido manejando la salud bucal en el país. Por ejemplo, desde el primer Plan Nacional de Salud Bucal (PNSB,1996), hasta el segundo PNSB (resolución 3577 de 2006), existió una legislación, que los precedió, y por ende estrategias que los conformaban, cuyo propósito era integrar dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud las condiciones que permitan el mejoramiento de la calidad y acceso a los servicios por parte de los usuarios y el mejoramiento de los indicadores de salud bucal acorde con las características epidemiológicas de la población, los ámbitos y competencias de los actores del Sistema. (Resolucion 3577 Plan Nacional de Salud Bucal, 2006).

Plantea la importancia que la salud bucal sea reconocida como prioridad dentro de los problemas a resolver, para lo cual se necesita del compromiso de diferentes sectores, logrando la participación, el empoderamiento de la comunidad y de los profesionales en busca de acciones proactivas y recursos tendientes a mejorar las condiciones de la población. Este compromiso en la actualidad está en la legislación vigente, enfocada en una salud integral, de la cual hace parte la salud bucal, como se evidencia en la Política de Atención integral en salud (Resolución 429 de 2016).

En Bogotá, según el lineamiento de la Secretaría Distrital de Salud, a través del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral (SISVESO), a partir del año 2009 se realiza la vigilancia a seis eventos de salud bucal. La vigilancia es un proceso de monitoreo continuo y sistemático de los eventos de interés en salud bucal y permite obtener información actualizada en el comportamiento de la caries dental cavitacional, lesiones de mancha blanca y mancha café, fluorosis, enfermedad gingival y periodontal, así como la identificación de otras patologías que pueden afectar la cavidad oral. Esta vigilancia epidemiológica permite el seguimiento a los indicadores para la identificación del estado de salud bucal y la realización de intervenciones necesarias sobre los mismos a nivel individual y colectivo. Además, genera alertas epidemiológicas y cada dos meses realiza unidades de análisis de los casos más críticos en cada una de las localidades donde participan todos los actores del sector salud involucrados en la atención del caso con el fin de fortalecer, no solo la vigilancia sino el proceso de atención odontológica en los servicios de salud de las 20 localidades. (Velasquez Maya C. L., 2015).

La mayoría de las investigaciones en salud bucal describen minuciosamente el desarrollo de la enfermedad y muestran con datos estadísticos y epidemiológicos, incidencias, prevalencias, entre otros indicadores, mientras que los planes, los programas, las estrategias y las políticas públicas consultadas, mencionan el deber ser.

1.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La literatura en las ciencias de la complejidad ha sido difundida en los últimos tiempos ya que *“se ha visto la necesidad de un nuevo paradigma que emerge ante la imposibilidad del conocimiento existente por abordar y resolver los problemas, por tanto, emergen nuevos lenguajes, nuevas técnicas, nuevos conceptos y nuevas teorías, que explican la realidad de una manera adaptada a nuestro mundo”* (Maldonado, La complejidad es un problema no una cosmovisión, 2009). Las ciencias de la salud se edifican como *“ciencias de frontera”*, denominadas de esta manera por Carlos Maldonado, porque ya no tienen un objeto, sino por el contrario, el tema “salud” se ha vuelto problemático y los referentes, las herramientas, el lenguaje moderno ya no son suficientes. Por eso se ha convertido en un problema que se debe comprender y resolver, porque se han complejizado.

La salud debe ser vista como un proceso, puesto que el individuo es mucho más que sí mismo y no puede comprenderse como identidad o unidad aislada, por el contrario, lo propio del individuo es que contiene un mundo y una historia, de modo que no se puede entender la salud como un mecanismo que separa e individualiza al ser humano para comprenderlo. *“Vivimos y, en ocasiones, nos encontramos al borde del caos, y lejos del equilibrio”*. Los sistemas sociales humanos no pueden entenderse separándolos para comprenderlos, al igual que las ciencias de la vida. (Maldonado, 2012)

De igual manera el estudio del proceso para la toma de decisiones ha evolucionado hasta lo que se conoce hoy como la Teoría de la Decisión Racional (TDR), que explica los tipos de racionalidad y los motivos o razones que llevan a las personas a tomar las decisiones en todas las interacciones cotidianas. Este será el fundamento teórico desde el cual se llevará a cabo nuestro trabajo. Presentamos a continuación los tipos de racionalidad y su explicación de las razones o motivos inherentes al proceso de toma de decisiones.

Hemos avanzado en la habilidad para predecir las consecuencias de nuestros actos y concebir nuevas alternativas, sin embargo, nos quedamos cortos para manejar todas las complejidades del mundo contemporáneo donde la racionalidad humana como proceso juega un papel indispensable, así como la razón humana es un instrumento para explorar las

necesidades y problemas que creamos (Schick, 1999). “*Estamos totalmente limitados en cuanto al cálculo de nuestras acciones y cuan racionales podemos ser en un mundo complicado*”. (Simon, 1989)

La definición de racionalidad como proceso es variada, sin embargo, y durante las paginas posteriores, trataremos de hacerla comprensible. La racionalidad no debe entenderse como una facultad del ser humano sino como un método. La aplicación de dicho método racional supone un óptimo proceso para la toma de decisiones, pero nada garantiza que se aplique siempre este método y definitivamente no depende de la inteligencia humana sino de las experiencias, conocimientos adquiridos y de la interacción con el entorno, por tanto, es un proceso dinámico, cambiante que responde a la vida. “*De modo que la racionalidad es producto de nuestras creencias y opiniones, así como también de nuestras decisiones, acciones y conductas*”. (Mosterin, 1978)

De esta manera, consideramos que la racionalidad como método permitirá comprender dentro de un mundo complejo, las razones de aquellas decisiones tomadas en nuestro país frente a la salud bucal.

Basaremos nuestro análisis, mediante el conocimiento y comprensión de tres modelos formales de racionalidad existentes. El primero de ellos es denominado, *teoría de la utilidad subjetiva esperada* (USE) o racionalidad perfecta u olímpica. La idea principal de este modelo es implementar los valores de una persona dentro de una función de utilidad, cuestionando como debemos compararlos, lo cual se lleva a cabo suponiendo que cada valor tiene una utilidad que apoya o no la toma de decisión. Esta teoría es una “*elegante máquina para aplicar la razón a los problemas de elección*” (Simon, 1989)

Para poder comprenderla adecuadamente, debemos postular cuatro supuestos que son pilares de esta teoría. El primero de ellos, hace referencia a que suponemos que quien toma una decisión tiene claro la función de utilidad y la aplica para las consecuencias en el futuro. La segunda supone, que nos enfrentamos a una serie de alternativas para elegir, que pueden incluir secuencias de elecciones o estrategias utilizadas gracias a la información que se tiene. En la tercera suponemos que se asigna una “*sólida distribución de probabilidad conjunta*” a todos los hechos que podrían presentarse en un futuro. Y por último, quien

toma una decisión escogerá entre las alternativas presentes la que incrementa al máximo el valor esperado, según su utilidad. (Simon, 1989)

Este modelo supone, que quien toma decisiones, observa todas las opciones y alternativas a disposición, no solo el presente sino también el panorama futuro. Conoce las consecuencias de cada una de las estrategias de elección disponibles hasta el punto de ser capaz de asignar una distribución de probabilidad a las consecuencias en el futuro.

“Equilibra todos los antagónicos valores parciales y los sintetiza en una sola función de utilidad que dispone, por su preferencia a ellos. Revela como razonar respecto a las premisas del hecho y el valor, más nada dice del origen”. (Simon, 1989)

Su veracidad y utilidad no se deben entender, si satisfacen o no los supuestos de esta teoría, sino en la comprensión de si dichas utilidades y eventos corresponden a los del mundo real. De modo que esta teoría no comprende la conducta humana, porque un ser humano no tiene a disposición todos los hechos, ni los valores, ni el razonamiento necesario para tomar una decisión; por lo tanto, está alejada de la realidad, no brinda soluciones a los problemas del mundo real, estos cuatro supuestos no son realizables por los seres humanos reales, no hacen parte de nuestra cotidianidad. *“Quien toma decisiones, no importa con que urgencia quieran hacerlo, simplemente no pueden aplicar el modelo USE.”* (Simon, 1989).

Esta racionalidad no proporciona soluciones satisfactorias a los problemas del mundo real, ya que no se puede pretender que, en la toma de decisiones cotidiana se abarquen todas las consecuencias y beneficios posibles, simplemente porque en nuestro mundo complejo el azar sigue jugando un papel indispensable.

El segundo modelo, es el *conductual o de racionalidad limitada*, este hace referencia a que no se tiene que hacer elecciones profundas en el tiempo que abarquen todos los valores humanos y en las que cada problema se relacione con todos los del mundo; *“vivimos en un mundo en el que hay millones de variables que en principio podrían afectarse recíprocamente pero que durante la mayor parte del tiempo no lo hacen”.* (Simon, 1989)

Este modelo está basado en la teoría conductual, que tiene cuatro postulados que debemos aclarar, para poder comprender adecuadamente la racionalidad limitada. El primero de ellos plantea que las decisiones que tomamos no abarcan grandes áreas de

nuestras vidas, sino que son cotidianas y muy específicas, las cuales podrían ser correctas o no. En segundo lugar, plantea que cualquier decisión tomada no calcula detalladamente lo que ocurrirá en el futuro, ya que depende de la alternativa que se elija. En tercer lugar, aunque se concentre la atención en ciertos aspectos de la vida, y algunos de sus valores, no es probable que una sola función de utilidad esté presente en toda una serie de decisiones que tomamos cotidianamente; *“los límites de la decisión particular evocaran valores particulares, y una atención voluble puede dar como resultado grandes incongruencias en la elección”* (Simon, 1989). Por último, gran parte de cualquier esfuerzo que se dedique a la toma de decisión será empleada en reunir hechos y considerar valores posiblemente importantes. De esta manera, podemos decir que se *“pueden ofrecer buenas razones para suponer que los procesos evolucionistas podrían dar por resultado criaturas capaces de una racionalidad limitada”*. (Simon, 1989)

Esta racionalidad se logra concentrando la atención en el momento oportuno, siendo esta una función indispensable para las emociones. Esto quiere decir que por medio de las emociones damos prioridad a los diferentes problemas y de este modo tomamos decisiones.

Existen mecanismos que debemos nombrar para poder entender la racionalidad limitada. Es necesario un mecanismo capaz de generar alternativas, otro mecanismo para adquirir la capacidad de obtener e inferir datos según sea el caso, y otro para valorar sus probables consecuencias, *“lo que permite mantener un modelo simple, de la parte del mundo que es pertinente para sus decisiones, y también, para efectuar un razonamiento de sentido común respecto al modelo”*. (Simon, 1989)

Este modelo conductual evidencia la forma en que nosotros tomamos decisiones y resolvemos problemas. No tiene en cuenta todas las propiedades del modelo de racionalidad perfecta (USE), que explica como los seres humanos con nuestras facultades mentales nos las arreglamos en un mundo complejo para que se entienda desde el punto de vista de la teoría de utilidad subjetiva esperada. (Simon, 1989)

El tercer y último modelo a describir, es el de la *racionalidad intuitiva*. *“Este modelo se basa en el pensamiento humano, y del éxito que tienen los seres humanos al tomar decisiones correctas, que se debe al hecho de que cuentan con buena intuición o buen juicio”*. Esta intuición se refiere al reconocimiento de las habilidades adquiridas por medio

de la experiencia, reconociendo las situaciones en las que esas experiencias son pertinentes. En esta racionalidad existe un vínculo con la emoción porque tiene una función selectiva, como foco de nuestra atención, pero no siempre esa emoción se lleva a lo que se piensa, o desea como un fin. (Simon, 1989)

Cada experiencia que tenemos, cuando es adecuada o válida, solo le ocurre a la persona que posee el conocimiento adecuado para aprender de ella, de lo contrario pasará desapercibida y no generará impacto para tener en cuenta en la toma de una decisión. No hay una contradicción entre estos dos últimos modelos descritos, ya que es válido afirmar que sin reconocer el aprendizaje que aporta la experiencia, nuestro viaje a través del conocimiento no sería el mismo, por eso la intuición juega un papel importante, al proporcionar el conocimiento extraído de las experiencias pasadas. (Simon, 1989)

Comprender las razones que tenemos para tomar una decisión y poder comprenderla según alguno de los modelos planteados anteriormente, requiere entender que *“la razón de una persona para hacer una elección y llevar a cabo una acción origina esa elección y esa acción”*. (Schick, 1999) Una de las explicaciones dadas, afirman que las razones son causas, y esperamos que las razones de una persona causen aquello de lo cual son razones, esto es lo que garantiza que tomemos sus razones como explicación de lo que hacemos.

Elegir debe entenderse como decisión, es decir, cuando existen opciones tenemos un problema el cual debemos resolver tomando decisiones, por esto elegir es querer optar por una cosa u otra. *“Elegir es llegar a querer algo que es una opción para nosotros”* (Schick, 1999). No todo lo que queremos es una opción y no todo lo que elegimos nos lleva al acto basado en esa elección, muchas veces elegimos inconscientemente antes de actuar y en ocasiones decidimos, pero no actuamos, sin embargo, independientemente de que llevemos a cabo la acción hubo un querer o un deseo que generó la toma de esa decisión.

La manera como una persona ve las cosas también forma parte de una elección que hace, por esto las razones implican interpretaciones o visiones, y las interpretaciones de una persona son sus razones.

Las razones están compuestas por creencia y deseo, pero también de interpretaciones, por tanto, decidir es elegir lo que queremos (deseo) tal cual como lo

interpretamos. *“Las interpretaciones de una persona desempeñan un papel en sus razones”* (Simon, 1989). Las interpretaciones activan las creencias y valores generando acciones, *“los valores y creencias son propios de los seres humanos, no son normas que definan la conducta, pero si se imponen en la toma de decisiones”* (Simon, 1989)

Las interpretaciones debemos entenderlas como las concepciones, etiquetados, rotulaciones, que hacemos de las acciones, eventos y situaciones (hechos) presentes en la vida; *“son comprensiones mentales que tenemos de los hechos, nuestra percepción de ellos”* (Schick, 1999). Hay que aclarar que las interpretaciones no son creencias, están relacionados porque la interpretación implica una creencia, pero no son lo mismo.

Esto nos amplía la visión acerca de las razones que tenemos, ya que una razón está basada en tres componentes, el querer o desear algo, los valores que hacen que se crea en esto o aquello, y la manera como interpretamos las opciones de acuerdo a esas creencias y deseos. Esto evidencia el *“compuesto creencia-deseo-interpretación”* (Schick, 1999) que va a ser la razón por la cual tomamos decisiones; las razones que tenemos para hacer alguna elección, es así mismo nuestra razón para actuar conforme a esa elección, pero no siempre es una razón para lo que hagamos.

Con lo anterior, podemos entender que una persona racional siempre mira los resultados de lo que podría hacer, de lo que podría causar, y aspira a que dicha decisión sea lo mejor, o le ofrezca el mayor beneficio. Lo que hace que una elección sea racional no son los motivos, puesto que es posible tener una sola razón, pero muchos motivos (creencias y razones aisladas); de modo que somos racionales cuando se tiene para la elección bases que proporcionen el mejor resultado. (Schick, 1999) *“Quien se comporta racionalmente no pierde de vista sus propios intereses, su propio bienestar”*. (Mosterin, 1978)

“No se puede conocer todas nuestras razones para las elecciones que haremos, pero podemos tener razones para ellas; y podemos conocer esas razones en un futuro cercano, de modo que podemos conocer las razones que tuvimos para las elecciones que hicimos” (Schick, 1999). De igual manera, no podemos conocer por anticipado nuestras elecciones o las razones que tenemos para hacerlas, hasta cierto punto lo que hacemos depende de cómo elegimos. El conocimiento anticipado de nuestros actos también tiene límites como los tiene el conocimiento de nuestras razones para nuestras acciones, pero se puede actuar sin

haber elegido. *“No podemos saber que elegimos, y si decimos que las razones son causas, no podemos conocer nuestras razones para las elecciones que haremos”*. (Schick, 1999)

Los valores, las alternativas de acción de las que somos conscientes, la comprensión de las consecuencias que podrían surgir de las acciones ejecutadas, todo el conocimiento y preferencias, se derivan de la interacción con nuestro medio social; también podría haber sido adquirida por medio de la reacción contra ese medio. (Simon, 1989)

Las creencias y valores, son transmitidos entre personas, principalmente dentro del núcleo familiar; la mayor parte de esas creencias son creíbles y aceptadas, no a partir de la experiencia directa, si no de su aceptación por medio de fuentes que son creíbles y legítimas de la sociedad. (Simon, 1989)

La conducta racional presenta unas condiciones para que pueda ser comprendida. *“Una de las condiciones de la conducta racional, consiste en la explotación, aclaración y explicación consiente de los propios fines”* (Mosterin, 1978); es decir es preciso tener claro el camino por dónde queremos ir, pero conocer lo que queremos, no es suficiente para la toma de decisiones, mientras que saber a dónde vamos, es clave para que la decisión refleje el fin al que deseamos llegar.

Otra condición de la conducta racional es que el bienestar propio debería ser uno de nuestros fines últimos, pero estos fines deben ser articulados con fines intermedios (si fuera necesario), si en verdad son útiles como guía de actuar concretamente. De modo que *“el bienestar propio debe ser articulado mediante los diversos intereses, asumidos como fines intermedios”* (Mosterin, 1978). Entre más real y concreta sea esta articulación, será más eficaz para lograr conseguir nuestro fin.

Podríamos afirmar que la conducta racional consiste en la coherencia de nuestros fines, es decir, en que cada uno de nuestros fines sea posible y compatible con los demás. Si deseamos maximizar la consecución de nuestros resultados, debemos conocer cuáles son los medios más eficaces para conseguirlos. *“Mientras no conozcamos los medios, no podemos organizar racionalmente nuestra acción”* (Mosterin, 1978).

Por otra parte, debemos comprender como se lleva a cabo la racionalidad dentro de una institucionalidad. Dependemos de la estabilidad de nuestro medio institucional, ya que ofrece por lo menos un mínimo de racionalidad posible. Es de esperar que las entidades

generen patrones confiables y perceptibles, no tenemos que comprender los mecanismos causales implícitos que producen eventos ni sucesos, sino que se debe conocer su patrón de acontecimientos confiables y perceptibles. *“Lo que es estable y perceptible en nuestro medio social, nos permite salir adelante dentro de los límites establecidos por nuestro conocimiento y nuestras habilidades”*. (Simon, 1989)

Cuando las entidades políticas se enfrentan a grandes problemas, deben resolverlos de forma sucesiva e individualmente, pero es preciso decir que no es posible que todos los problemas públicos pueden ser resueltos de manera sucesiva, esto debido a la incapacidad de concentrar la atención en varias cuestiones a la vez. *“La sociedad puede tener más de un problema urgente a la vez”*. Cualquier sociedad u organización tiene muchos problemas para los cuales debe decidir, pero existen prioridades permanentes que sobresalen y se imponen por sobre las otras, de modo que no es claro cuál es el propósito de decidir (Simon, 1989).

Nuestras instituciones políticas y sociales no cuentan con ninguna vía para tratar los valores múltiples y los intereses incompatibles, los cuales se pueden sopesar de manera distinta. Somos incapaces de definir una función de bienestar social que resuelva el problema del conflicto de intereses, por tanto, las limitaciones institucionales están arraigadas en los límites de la racionalidad individual (Simon, 1989). Pero esto también es visible porque al tomar decisiones aparentemente razonables, no hay suficiencia de nuestro conocimiento e información.

Los problemas creados por los actores sociales, no son necesariamente sociales, porque las opciones y las elecciones se basan en lo que cree que son los valores del otro. *“Las elecciones de un agente social refleja lo que él cree que son los valores del otro”*. (Schick, 1999)

Una persona racional, no depende de sus razones en su totalidad, depende solo de sus motivos de lo que quiere y cree. Una persona es racional cuando lo que hace descansa sobre la base de sus mejores perspectivas, (Schick, 1999) y si está siempre dispuesto a negociar, a pactar o asociarse con otros, incluso si para ello tiene que renunciar a una parte de sus fines, si con ello puede obtener la satisfacción de otros fines más importantes para él y que de otro modo no lograría alcanzar. (Mosterin, 1978)

La razón debemos entenderla como una herramienta para tomar decisiones que depende en una forma crítica de los hechos que son recibidos como información, ese decir los datos, el conocimiento y las diferentes teorías que existen hoy día. Esta información deber ser confiable o verdadera, ya que, si dicho conocimiento es incorrecto, llegaremos a conclusiones equivocadas. *“Si la razón existe para aplicarse al descubrimiento y elección de vías de acción, entonces esa información incluye, una serie de valores y de hechos referentes al mundo en que va a tener efecto la acción”*, (Simon, 1989) , esto se llevaría a cabo si la elección la definimos como la capacidad de decisión entre las opciones presentes, y entendiendo la opción como una acción que una persona cree que le incumbe. (Schick, 1999). *“Lo que da sentido a una acción es su contribución al fin mismo; una acción no tiene sentido cuando es una reacción más o menos automática, o cuando se ejecuta por hábito, rutina o tradición”*. Por esto solo se le atribuye sentido a los actos y acciones dirigidos para conseguir un fin determinado; de modo que es más importante la función, que el sentido de dichas acciones y actos. (Mosterin, 1978)

1.3. METODOLOGÍA

Realizamos el análisis de los documentos, en primer lugar, a partir de los indicadores de salud bucal publicados para Colombia, abordando parcialmente los dos primeros estudios realizados, y profundizando en el ENSAB III, porque se desarrolló posterior a la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y porque fue previo a la publicación del segundo Plan Nacional de Salud Bucal. También se analizó el ENSAB IV porque es la línea actual para la política en salud vigente, y porque refleja la situación en salud bucal en el país, dejando evidente los hallazgos encontrados a nivel nacional y regional. En segundo lugar, se realizó el análisis de la información cualitativa presentada por estos estudios, en donde destacamos las Etnografías realizadas en el ENSAB IV, como instrumento para reconocer la racionalidad de la población, de los autores de los estudios, y de las entidades de salud que representan.

Presentamos el análisis hecho a entrevistas realizadas a la funcionaria del Ministerio de Salud quien lidera los temas de salud bucal en el país desde hace varios años, así como también, al decano de la facultad de odontología de la Universidad El Bosque, para tener la perspectiva acerca de la situación en salud bucal que vive el país a partir de las funciones que desempeña cada uno.

La metodología del análisis del discurso puede ilustrar lo que dicen, lo que hacen y expresan las personas, dado que las acciones dan respuesta a cómo piensan. A la vez, las formas de pensar son producto del aprendizaje por la interacción, porque los pensamientos son colectivos. Con esta metodología analizaremos los documentos mencionados, para tener la perspectiva de las instituciones en los documentos oficiales.

Las dimensiones de la semiología, permiten realizar el análisis del discurso. Estas dimensiones son: la sintaxis, es decir, las reglas que dan la estructura o reglas de la gramática, la semántica, que hace referencia a los significados, y la pragmática, que son los usos que se dan al conjunto de signos, reglas y significados. Sin embargo, en esta oportunidad únicamente nos centramos en la pragmática.

Tomamos el concepto de John Searle que considera cada “acto de habla” como la unidad mínima de significado en la comunicación, y al lenguaje como un sistema de signos exclusivo de los seres humanos (Searle, 2004). Este autor considera que todo sistema de signos (lenguaje) debe cumplir con tres condiciones: la primera, debe cumplir unas reglas que transformen una realidad, la segunda, debe ser dinámico, cambiante e histórico y la tercera, que debe ser convencional, es decir, que la mayoría de las personas acepten las reglas y sus cambios. Por tanto, no se puede hablar de lenguajes privados, siempre son construcciones colectivas, que expresan formas de pensar aprendidos por la interacción.

Para este autor, el “*decir*” lleva implícito un “*hacer*”, por lo tanto, los actos de habla se refieren a las acciones. Acciones que tienen reglas que enmarcan el propósito o dirección de éxito esperado por el hablante y las condiciones de satisfacción. Considera que todo acto de habla tiene implícitos tres actos: la alocución, es decir lo que se dice o se expresa, el segundo la ilocución, el significado o propósito de lo que se expresa y la perlocución o los efectos y las consecuencias de los actos ilocucionarios como persuadir, convencer, divertir, molestar o lograr algo de una manera intencional o no.

Al hacer énfasis en la pragmática de los actos de habla, consideramos los cinco tipos definidos por Searle: el afirmativo, el directivo, el compromiso, el expresivo y las declaraciones. La dirección de ajuste, la condición de sinceridad y la condición de éxito permite realizar la clasificación de estas categorías. (Searle, 2004). Consideramos el afirmativo como el primer acto de habla, donde la dirección de ajuste es palabra-mundo, la condición de sinceridad la creencia y la condición de éxito, que la afirmación sea verdadera. El segundo tipo de acto de habla es el directivo, al cual pertenecen todo tipo de órdenes, peticiones y ruegos, para los cuales la dirección de ajuste es palabra-mundo, la condición de sinceridad es el deseo y la condición de éxito no puede ser verdadera o falsa, sino que se pueden o no obedecer, cumplir, conceder o denegar. El tercer tipo de acto de habla, son los compromisos, que pueden considerarse también como promesas, juramentos, contratos, garantías y en algunos casos las amenazas, tienen como dirección de ajuste mundo-palabra, la condición de sinceridad la intención de hacer algo en el mundo, y que pueden ser cumplidos, mantenidos o rotos, como condición de éxito

El cuarto tipo de acto de habla para este autor es el expresivo, que incluye las disculpas, los agradecimientos, las felicitaciones, las bienvenidas o las condolencias, que tienen dirección de ajuste nula dado que el contenido proposicional se da por supuesta y la condición de éxito es la sinceridad, la genuinidad del sentimiento o emoción expresada. Y el quinto tipo de acto de habla incluye todo tipo de declaraciones de las cuales el autor cita ejemplos como “los declaro marido y mujer”, “declaro la guerra” o “estás despedido”. El autor afirma que este tipo de acto de habla tiene doble declaración de ajuste ya que para que se dé la condición de éxito se debe dar un cambio en el mundo a partir de la palabra, es decir, que suceda, que surja algo nuevo a partir de esa declaración.

Con esta metodología de análisis identificamos la intención comunicativa de las entidades de salud, los funcionarios y las personas que dieron sus testimonios para las etnografías publicadas en el ENSAB IV. Estas intenciones comunicativas las expresamos como afortunadas si corresponden a la realidad, es decir son verdaderas, o desafortunadas cuando esta condición no se dio.

2. ANÁLISIS

2.1. ANÁLISIS CONCEPTO DE “SALUD”

Consideramos que es importante conocer el concepto de salud que tienen las entidades de salud que plasman en cada uno de los documentos que emiten, específicamente en salud bucal, por tanto, realizamos el análisis del Plan Nacional de Salud Bucal (PNSB) publicado en el año 2006, el cual intenta dar respuesta, y dar soluciones a las problemáticas reportadas en el ENSAB III publicado en 1998. También el último estudio Nacional de salud bucal, publicado en 2014, ENSAB IV

El PNSB busca encontrar las causas de los eventos en salud, que se miden con indicadores cuantitativos, de la enfermedad. El papel de los actores dentro del Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), está enmarcado en la prestación de servicios de salud, haciendo énfasis en la importancia de la calidad y la oportunidad, a la vez sugiere la necesidad de replantear las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con las acciones de intervención coherentes con los conocimientos vigentes para la época que ratifica el énfasis en prevenir la aparición de la enfermedad:

“Estas situaciones y la necesidad de realizar atenciones en salud bucal con calidad, llevan a pensar en iniciativas que garanticen que todos los ciudadanos tengan acceso al cuidado bucal con énfasis en programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y que dichos programas se trabajen con enfoque de riesgo para garantizar atención de acuerdo con las necesidades, en la búsqueda de lograr condiciones de sano bucal y de sano integral, a partir de potencializar las acciones y decisiones de los actores del sistema relacionados con la salud bucal” Pág. 9

Dentro de los resultados de la encuesta ENSAB III, planteados en el PNSB, muestran cómo los ciudadanos colombianos sólo acuden a los servicios de salud oral cuando el dolor es incapacitante y no fue posible su tratamiento con remedios caseros o con automedicación. Lo que se puede interpretar es que, para los pacientes, el dolor es contrario

al concepto de salud, es decir, el dolor es enfermedad, luego, si hay dolor, no está sano. Se puede evidenciar que existen muy pocos conceptos puntuales de salud, en especial de salud bucal. Se percibe la “condición” o “condiciones”, y “problema” como palabras para definir la salud bucal:

“Los resultados de este estudio son fundamentales para el país, en el entendido que varias de las condiciones que afectan la salud bucal, son consideradas como problemas de salud pública” Pág. 14

También presentan la perspectiva de la OMS, donde la salud bucal está enfocada en la enfermedad, que cobra protagonismo dentro de esta concepción.

“Como lo reconoce la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Reporte Mundial de la Salud Oral 2003 en el cual menciona que por su extensión las enfermedades bucales son un problema prioritario en salud pública, no solo por la alta frecuencia de las patologías bucodentales, sino por las implicaciones que representan para la salud en general de las personas” Pág. 14

En el ENSAB IV se describen condiciones de salud-enfermedad-atención bucal de la población colombiana, de modo que al describir condiciones lleguemos a comprender lo que significa la salud bucal. Además, percibe que los indicadores de la situación de salud bucal hacen una aproximación al contexto social, por tanto, es posible entender la salud, según los indicadores, puesto que la salud es percibida enfocados en la enfermedad y la ausencia de ésta se interpreta como buena salud.

“El primer capítulo de este documento contiene la descripción de los hallazgos de las condiciones de salud bucal valoradas a nivel nacional...” Pág. 21.

“...Cabe destacar que desde el siglo pasado, en el país, se han realizado tres estudios nacionales de morbilidad oral y/o salud bucal, que de manera progresiva y diferente han abordado la valoración de las condiciones que están afectadas con el objetivo de describir el perfil de la salud bucal de los colombianos, buscando cada vez abordarlo de manera amplia e integral”. Pág. 19

Siempre enfatizan en el análisis de la información para comprender las situaciones que condicionan, afectan y determinan la salud bucal. Y se refieren a las condiciones como las

enfermedades o patologías más frecuentes durante los últimos años, es decir la morbilidad como indispensable para definir la salud.

Dentro del documento, presentan el recuento de los estudios en salud oral realizados previamente en el país, desde el primero, donde hacen referencia a la morbilidad oral, manteniendo miradas positivistas de la salud-enfermedad, partiendo de una perspectiva que tiene como prioridad establecer relaciones causa-efecto.

Mediante el conocimiento de las representaciones, conocimientos y prácticas que referían las personas participantes de la encuesta con relación a la salud, específicamente salud bucal, como el comportamiento de la caries, la enfermedad periodontal, la fluorosis dental, las disfunciones articulares, las anomalías oclusales, dentolabiales y de los tejidos blandos, es posible conocer el comportamiento frente a estas “condiciones”, de manera que podría llegar a definir la salud bucal mediante la comprensión y análisis más allá de la enfermedad.

“Desde el siglo pasado, en el país se han adelantado estudios epidemiológicos en salud bucal para conocer las condiciones de morbilidad presente en la población colombiana, promover el desarrollo de intervenciones colectivas e individuales en salud bucal y disminuir la presencia reportada de morbilidad oral en los colombianos”. Pág. 19

Dichos estudios realizados con anterioridad, permitieron reconocer como se ha comportado la salud bucal durante los últimos 50 años en el país, y aunque todos los estudios han sido descriptivos, la información descrita no deja ver el concepto de salud bucal presente en el país.

Sin embargo, según lo observado en el documento también se referencia la prevalencia y la severidad, las cuales si disminuyen significa una mejor salud. Por tanto, si mejoran estas “condiciones” durante las etapas del curso vital, hay mejor salud oral, porque no están presentes diferentes condiciones mórbidas, gracias a las prácticas, costumbres, hábitos, comportamientos que favorecen dicho estado de bienestar.

La información se centra en datos de acuerdo a índices y valores de las diferentes condiciones de salud bucal en todas las edades, de modo que permita comprender la salud bucal en el transcurso de la vida. Dichas condiciones son:

“..labio y paladar hendido, estado de la mucosa bucal tanto de las lesiones premalignas como las asociadas al uso de prótesis dental removible, estado de la dentición (caries dental, opacidades demarcadas, erosión dental, trauma dental y fluorosis del esmalte), estado del componente periodontal y de la oclusión, edentulismo así como lo relacionado con la prótesis dental, Resultados que son descritos por edad, sexo, procedencia, región y régimen de afiliación a la seguridad social como también a lo largo del curso de vida” Pág. 57

La caries dental es un término característico para definir la deficiencia en salud bucal. Una de las definiciones puntuales descritas, es:

“...en el entendido que la salud bucal es una de las condiciones que más afecta a la población colombiana, tal como lo menciona la Organización Mundial de la Salud (OMS) en varios documentos según los cuales la salud bucal es un problema de salud pública, no solo por la alta frecuencia de las patologías bucodentales, sino por las implicaciones que representa para la salud en general de las personas” Pág. 14

Somos un país que está muy influenciado por organizaciones internacionales (OMS, OPS), de manera que se ven reflejados en todo el documento la línea que siguen para comprender las particularidades de nuestra población. Este estudio nacional se planteó como propósito:

“...reconocer las condiciones de salud-enfermedad-atención bucal colocando en el centro del análisis al sujeto, individual y colectivo; y en segundo lugar, acercarse de manera comprensiva a las desigualdades en salud y enfermedad bucal con elementos de análisis que ayuden a entender la dinámica de los procesos que la condicionan, de manera tal que se perciba este fenómeno más allá de lo individual como un objeto complejo y multidimensional, desde el enfoque de la determinación social de la salud...” Pág. 26

En estudios anteriores se tenía como línea el paradigma positivista, donde la salud es:

“...la concepción de la salud como un fenómeno fragmentario sujeto a la interpretación clínica, desvinculado de lo histórico y lo social; completamente centrados en la enfermedad individual; y actualmente plasmada en la sociedad de mercado, que se esfuerza cada vez más para combatir la enfermedad” Pág. 26

Sin desconocer los avances y el desarrollo de la ciencia biomédica, los estados de salud (si lo entendemos como el proceso salud enfermedad) no se ven reflejados frente a dichos avances, puesto que la enfermedad sigue presente en nuestras vidas.

Siendo una construcción intercultural e interdisciplinar, la salud es definida según los contextos y según las culturas presentes en cada país, luego no es posible percibir un concepto único e universal de la salud, según como lo plantea la determinación social de la salud.

“En consecuencia, este estudio intenta presentar un panorama integrado de la situación de salud bucal de los colombianos, mediante el análisis en el que se relacionen el perfil de salud y enfermedad bucal con la inserción social de las personas, entendida ésta como la ubicación en el aparato productivo, sus relaciones frente a los medios de producción, relaciones de propiedad y de distribución de los recursos” Pág. 32

Es contradictorio que definan la salud como una construcción intercultural e interdisciplinar y posteriormente hagan referencia a la relación del perfil de salud y enfermedad bucal. Podríamos pensar que el perfil es referido a las condiciones en salud - enfermedad en las que hacen énfasis. A pesar de que la determinación social de la salud es un enfoque que vale la pena analizar para poder comprender la salud más allá de los datos cuantitativos de la mayoría de estudios epidemiológicos, en el estudio no es claro un concepto que sea aplicado para el análisis cuantitativo y cualitativo, ya que fragmentan y analizan por separados dos tipos de análisis y de esta manera no es posible comprender la salud como un todo.

Los estilos de vida son parte de la determinación social de la salud. Son entendidos en el documento como practicas individuales, porque son determinados por modos de vida de grupos particulares que pueden ser o no perjudiciales para la salud bucal. Reconocen que los comportamientos de cada persona y el cuidado que lleven a cabo sobre sí mismos ayudan a entender cómo se desarrollan las patologías o condiciones en salud bucal, todo esto se lleva a cabo en la dinámica de vida de cada individuo, pero incluyendo la dinámica social individual y familiar.

Según el documento, las buenas prácticas de higiene son el eje para entender el desarrollo de la patología bucal y su prevención lo que se complementa con el modo de vida que lleva a consumir determinados alimentos, y el poder adquisitivo que lleva a consumir elementos del mercado para tener un cuidado bucal adecuado según lo recomienda la academia y la ciencia.

“Por tanto, poder adquisitivo y disponibilidad de alimentos y elementos para la higiene bucal ilustran modos de vida relacionados con la inserción social dependiente del trabajo y la economía doméstica. El cuidado dependerá no solo del consumo, sino también de dinámicas sociales grupales relacionadas con la forma como cada individuo y su familia hacen parte de redes sociales más amplias donde se pueden evidenciar...” Pág.

148

El enfoque de los determinantes sociales en salud, si bien da cuenta de las condiciones en las que desenvuelven la cotidianidad de las personas y factores que influyen en su salud, no son suficientes para poder predecir los cambios en los individuos ni en las comunidades, ya que la salud es un proceso dinámico, adaptativo producto de la interacción entre los individuos y de estos con el entorno.

En consideración al enfoque de enfermedad presente en los documentos, las opciones de intervención tienen un enfoque reactivo que incrementa los costos en la atención. Las opciones de intervención se enfocan en tratamientos clínicos (asistenciales) como tratamientos de rehabilitación o estéticos innecesarios pero que dan respuesta a un entorno social y no relacionan la salud oral con otros aspectos de los seres humanos.

En el Plan decenal de salud pública (PDSP) vigente desde el año 2012 hasta el 2021, la salud oral hace parte de la Dimensión de Vida Saludable y condiciones no transmisibles la cual pretende diseñar un *“conjunto de políticas e intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarios en busca del bienestar y disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de la vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables, en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades así como el acceso a una atención integrada de condiciones no trasmisibles con enfoque diferencial”* Pág. 182

Dentro de esta dimensión se plantean cinco objetivos, dando prioridad al desarrollo e implementación de políticas promoviendo la reducción de factores de riesgo modificables, promover condiciones y fortalecer capacidades de gestión en los servicios de salud, fortalecer la vigilancia epidemiológica y fomentar el desarrollo de investigación en materia de promoción, prevención y control de enfermedades no transmisibles.

Hay dos componentes dentro de esta dimensión, el primero hace referencia al modo, condiciones y estilos de vida saludables y el segundo refiere a condiciones crónicas prevalentes.

En el primer componente, la salud bucal se encuentra de manera explícita en dos de las metas de esta dimensión:

“A 2021, se incrementa en un 20% prácticas de autocuidado para prevención de las Enfermedades No Transmisibles (ENT), la salud bucal, visual y auditiva desde la primera infancia, en entornos y programas sociales, a partir de la línea base que se identifique en el 2014”. Pág. 186

“A 2021 se aumenta anualmente el número de organizaciones aliadas que se vinculan y promueven estilos de vida saludables, la salud bucal, visual, auditiva y el control de las ENT, a nivel nacional, en coordinación con las entidades territoriales a partir de la línea base que se identifique en el 2014” Pág. 186

Para el segundo componente, las metas planteadas son:

“A 2021, incrementar en el 20% la población del país sin caries, con énfasis en la primera infancia, niñez y adolescencia índice de caries dental (COP = 0)”. Pág. 186

“A 2021, incrementar en el 20% la población mayor de 18 años sin pérdida dental por enfermedad bucodental prevenible”. Pág. 186

“A 2021, lograr en el 100% de los servicios de salud odontológicos, el cumplimiento de los lineamientos para el uso controlado de flúor y mercurio”. Pág. 186

“A 2021 se cuenta con un sistema de análisis, seguimiento, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias implementadas a nivel nacional y territorial para abordar los DSS, la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y las ENT”. Pág. 186

“A 2021 se cuenta con al menos un nodo de investigación por región del país que permita la construcción de una agenda para el estudio de los DSS, la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y las ENT”. Pág. 186

En los documentos PNSB, en la ENSAB IV, así como en el PDSP se identifican como actores a organizaciones internacionales como la OMS, OPS, otras del nivel nacional como el Ministerio de Salud y de la Protección Social, el Ministerio de Educación, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, las Instituciones Prestadoras de servicios de salud, y también se refieren a los profesionales de la salud. Por último, los usuarios y hacen algunas alusiones a la comunidad. Es decir, en los documentos se plantean responsabilidades para cada uno de estos actores, donde es que se dé un trabajo articulado, para que se cumplan los objetivos planteados.

2.2. ANÁLISIS COMPONENTE CUANTITATIVO

Los indicadores de éxito o fracaso de las intervenciones en la salud de los individuos y de las comunidades se establecen a partir de la presencia o no de “enfermedad” y se miden con metodologías principalmente de tipo cuantitativo, con los índices reconocidos universalmente y recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para describir las condiciones encontradas en la cavidad oral (Velasquez Maya C. , 2005).

Identificamos que en Colombia se han realizado cuatro estudios de salud oral (1965-1966, 1977-1980, 1998 y 2014) para conocer la morbilidad presente en la población del país. Con esta información se toman decisiones para abordar las problemáticas que afectan con mayor frecuencia y severidad a la población. Según lo plantea la OMS, es posible brindar salud bucal mediante la disminución de los indicadores en salud o patologías más prevalentes, las cuales son un problema de salud pública que requiere intervención.

El primer estudio realizado en salud oral fue entre 1965 y 1966 por el Ministerio de Salud y ASCOFAME (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina), denominado *Investigación Nacional de Morbilidad Oral*. En este estudio se evaluaron las causas,

consecuencia, frecuencia y severidad de los problemas en salud oral, además incluyeron los determinantes económicos, sociales y acceso a servicios de salud para lograr una planificación adecuada de las acciones para la salud oral del país.

Después de 15 años, se realizó el *Estudio Nacional de Salud* que incluyó el *II Estudio de Morbilidad Oral*, realizado entre 1977 y 1980. En este momento se describió más a fondo el desarrollo de las patologías en la cavidad oral y compararon lo obtenido con el estudio anterior, como marco de referencia y se incluyeron otras patologías para mejorar el perfil de morbilidad oral en el país

En 1998 se publicó el tercer *Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III)*, donde realizaron el esfuerzo de comprender la salud bucal implementando un componente cualitativo en la encuesta, como fueron las representaciones, conocimientos y prácticas de la población, como coadyuvante a los resultados clínicos encontrados.

El cuarto Estudio Nacional de Salud bucal, publicado a finales del 2014 ENSAB IV, después de 16 años, buscaba establecer las condiciones de salud-enfermedad-atención bucal de la población del país. En este estudio se incluyeron unas modificaciones importantes para el diagnóstico de caries y se incluyó la población de 1 y 3 años de edad.

Para poder entender adecuadamente los datos que se van a suministrar a continuación, es indispensable conocer que la caries dental, es definida como una enfermedad que se caracteriza por la destrucción del tejido dental causado por la desmineralización que provocan los ácidos producidos por la placa bacteriana. La placa bacteriana es una acumulación de microorganismos que se adhieren a las paredes de los dientes. La presencia de ésta, por tiempo prolongado (días) causa la inflamación de encías, y si persiste aún más tiempo sin remoción (meses), altera los tejidos de sostén del diente causando enfermedad periodontal.

Los resultados de la Investigación Nacional de Morbilidad Oral realizada en 1965 y los presentados en el II Estudio de Morbilidad Oral, realizado entre 1977 y 1980, donde se evidencia la alta prevalencia de caries (presencia de una o más caries no tratadas) con valores superiores al 90% en todos los grupos de edad analizados (Cuadro 1). Estos datos podrían explicarse en la baja cobertura que tenían los servicios odontológicos a nivel

nacional, bajo el esquema del Sistema Nacional de Salud vigente para ese período de tiempo.

El índice por excelencia y punto de referencia para medir la situación bucal de las personas es el índice COP-D (número promedio de dientes cariados, obturados y perdidos por caries). Esto quiere decir que, con este indicador se mide el número de dientes afectados por caries en cualquier superficie, con algún procedimiento para recuperar la anatomía del diente afectado por caries (obturación), o perdidos por caries. Este indicador, para el grupo de 12 años en estos dos estudios muestran una reducción del 32,4% al pasar de un valor de 7,1 a 4,8 mientras que para los otros grupos de edad esta reducción no superó el 10%, sin embargo, para la población total la reducción porcentual fue del 17,5%.
(¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.)

Cuadro 1. Indicadores de Caries por grupos de edad en publicaciones de la Investigación Nacional de Morbilidad Oral de 1965 – 1966 y el II Estudio de Morbilidad Oral 1977 - 1980

Cuadro 1. CARIES 1965-1980				
EDAD	Investigación Nacional de Morbilidad Oral: 1965 - 1966		II Estudio de Morbilidad Oral. 1977 - 1980	
	PREVALENCIA	INDICE COP-D	PREVALENCIA	INDICE COP-D
5 a 14 años	90.5%	-	96.6%	-
12 años	-	7.1	-	4.8
35 a 44 años	99.0%	-	98.5%	-
35 a 39 años	-	21.2	-	19.5
55 años y mas	100.0%	27.4	96.7%	24.7
Población total	95.5%	15.4	96.7%	12.7

Fuente: Creación propia a partir de fuentes secundarias, ENSAB III Y ENSAB IV. (-) corresponde a datos no publicados.

En la Asamblea mundial de la salud realizada en 1979, “Salud para todos en el año 2000”, se promulgaron seis metas a cumplir para lograr una buena salud bucodental, las cuales fueron: a la edad de 5 a 6 años, tener un 50 % de los niños libres de caries; a los 12 años, tener un índice COP menor o igual a 3; a los 18 años, un 85% de las personas tengan todos sus dientes; entre los 35 a 44 años, lograr disminuir en un 50% el número de personas sin dientes (75% con 20 dientes); y finalmente a los 65 años en adelante lograr disminuir en un 25% el número de personas sin dientes (50% con 20 dientes).

En el ENSAB III, realizado en 1998, la caries se evaluó mediante la historia de caries (proporción de personas con uno a o más dientes cariados y/o perdidos y obturados por caries), la prevalencia de caries y el índice COP-D.

En el ENSAB IV se incluyeron además de los indicadores tradicionalmente medidos en el país para el diagnóstico de caries, la clasificación del sistema ICDAS (International Caries Detection and Assessment System). Es ampliamente reconocido y utilizado para el diagnóstico de caries dental, en donde se incluyen los estadios incipientes y avanzados de caries. El concepto ICDAS está basado en el uso de un sistema estandarizado, con la mejor evidencia disponible para la detección temprana, y etapas avanzadas, para la severidad de la caries. Esto tiene como fin la adquisición de información de calidad que a su vez podría ser utilizada para la toma de decisiones con un diagnóstico, pronóstico y una gestión clínica de la caries dental adecuado, tanto a nivel individual como pública. Consta de 7 categorías o códigos, la primera para diente sano (código 0), para caries limitadas al esmalte, mancha blanca / marrón (códigos 1 y 2), para caries que se extienden al esmalte y dentina, pero sin dentina expuesta (código 3 y 4), y para caries con dentina expuesta (códigos 5 y 6). (ICDAS , 2016). Las modificaciones atribuidas a los criterios ICDAS, fueron incluidas en todas las mediciones realizadas para evaluar la caries (prevalencia modificada, experiencia modificada, COP-D modificado) priorizando los códigos del 2 al 6.

Se realizó la comparación de los datos de los indicadores de salud bucal ya descritos desde los 12 años hasta los 65 años y más, dependiendo de la distribución hecha tanto en el ENSAB III como en el ENSAB IV.

La prevalencia de caries a los 12 años mostro una disminución importante según lo reportado en 2014, la cual fue de 37.45%, comparada con el 57.0% reportado en 1998,

donde para la dentición permanente estos resultados aumentan a medida que aumenta la edad de la población. También se observa una disminución en la historia de caries en 1998 que fue de 71.9% y en 2014, su equivalente, la experiencia de caries, (proporción de personas que al momento del examen presentaron algún indicio de haber sufrido caries) fue de 54,16%.

El índice COP reportado tanto en el ENSAB III como en el ENSAB IV a los 12 años que fue de 2.3 para el primero y de 1.15 para el segundo respectivamente, mostraron una clara disminución del promedio de dientes afectados por caries en el país a esta edad. Permaneciendo aún por debajo de la meta planteada por la OMS (3.0).

En el ENSAB III existe una tendencia al aumento a partir de los 5 años hasta los 30 años, donde comienza un descenso en la prevalencia y la historia de caries, esto debido a la pérdida dental que empieza a aparecer en edades adultas. Para el ENSAB IV también se observa la misma tendencia de aumento a partir del primer año de edad, disminuyendo drásticamente a los 12 años, tanto en prevalencia como en la experiencia de caries, y nuevamente aumenta hasta los 35 años donde comienza el descenso en los indicadores (Cuadro2).

El componente incluido en el ENSAB IV, es decir las modificaciones de los índices incluyendo el sistema ICDAS, mostraron para dentición permanente, el índice modificado de caries (C (2-6 ICDAS) OP) reportado fue de 16.37, es decir que en Colombia tenemos como mínimo 16 dientes afectados por algún tipo de caries. Es importante destacar que al incluir este diagnóstico de caries incipientes, la situación de salud bucal empeora notablemente, ya que en todos los estudios anteriores la caries cavitacional, extensa o evidentemente visible era la que se tenía en cuenta para medir la situación de caries en el país, de manera que incluir los diagnósticos de caries desde etapas iniciales evidentemente lo empeora.

Para la experiencia y prevalencia de caries, los indicadores muestran por ejemplo que para la edad de 5 años la experiencia de caries fue de 62,10% y la experiencia modificada de caries (C (2-6 ICDAS) OP) aumento drásticamente a 88.83%. Al igual que, en el primer año de vida la prevalencia fue de 5.89% y la prevalencia modificada C (2-6 ICDAS) OP fue de 26.85%. Y si miramos a los 12 años la experiencia modificada de caries (C (2-6

ICDAS) OP), es de 95.13% y la prevalencia modificada C (2-6 ICDAS) OP de 88.49%, siendo muy altas para esta edad. (Cuadro 2)

El índice COP-D pasa de 1.51 a un C (2-6 ICDAS) OP de 8.29 para la edad de 12 años, sobrepasando la meta propuesta con el índice tradicional. A partir del primer año de vida, el índice cop-d es de 1.10, y aumenta progresivamente con la edad en donde a los 5 años es de 2.82. Lo cual muestra la grave situación de los menores que ya tienen caries desde edades tan tempranas.

Cuadro 2. Indicadores de Caries por grupos de edad publicados en el ENSAB III Y ENSAB IV

CUADRO 2. CARIES - ENSAB III Y IV									
EDAD (En años)	ENSAB III – 1998			ENSAB IV - 2014					
	PREVALENCIA (porcentajes)	HISTORIA (Porcentajes)	INDICE cop-d (para 5 años) y COP-D	PREVALENCIA (Porcentajes)	PREVALENCIA MODIFICADA (C (2-6 ICDAS) OP)	EXPERIENCIA (Porcentajes)	PREVALENCIA MODIFICADA (C (2-6 ICDAS) OP)	INDICE cop-d (1 a 5 años) COP-D	INDICE (C (2-6 ICDAS) OP)
1	-	-	-	5.89	26.85	6.02	29.31	0.1	1.1
3	-	-	-	43.77	77.47	47.10	83.03	1.8	5.86
5	54.8	60.4	3.0	52.38	81.86	62.10	88.83	2.82	6.77
12	57.0	71.9	2.3	37.45	88.49	54.16	95.13	1.5	8.29
20-34	-	-	-	52.81	88.57	87.96	98.68	5.9	13.72
30-34	76.0	97.5	12.2	-	-	-	-	-	-
35-44	-	-	-	64.73	82.13	97.37	99.61	11.04	16.59
35-39	71.5	99.4	14.1	-	-	-	-	-	-
55-59	57.8	97.5	18.6	-	-	-	-	-	-
45-64	-	-	-	61.11	71.65	98.46	99.00	15,25	19.27
65-79	-	-	-	43.47	44.42	96.26	97.01	20.55	22.62
65 y más	49.0	95.1	20.4	-	-	-	-	-	-
*Los valores presentados para historia, prevalencia, e índices de caries corresponden a edades de 1 a 5 años para la dentición temporal. A partir de los 12 años los valores corresponden a la dentición permanente.									

Fuente: Creación propia a partir de los resultados publicados en el ENSAB III y ENSAB IV. (-) corresponde a datos no publicados.

En la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** mostramos las cifras de la prevalencia de enfermedad periodontal publicados en la Investigación Nacional de Morbilidad Oral de 1965-1966 y los comparamos con el II Estudio de Morbilidad Oral 1977-1980 donde se evidencia un 94,7% de prevalencia para la población general, que representa un aumento del 6%.

El otro valor que presentamos en la Cuadro 3 es el Índice de Russell. Este es un índice periodontal (IP-R) utilizado para estudios poblacionales, donde utiliza una puntuación clínica combinada con radiología. Este índice fue diseñado en 1956 con el objetivo de introducir aspectos biológicos dentro de la medición de la enfermedad periodontal, permitiendo un diagnóstico individual por diente, midiendo la presencia o ausencia de inflamación gingival, su severidad, presencia de bolsas, y la función masticatoria. Permite medir prevalencia, pero no es útil para medir la extensión y severidad de la enfermedad periodontal. En este estudio el índice mostró entre los 5 a 14 años un IP de 0.6, es decir que existe una gingivitis simple, y sangrado en las encías. Entre los 35 a 44 años el IP-R fue de 2.7, lo cual indica que ya existe un padecimiento periodontal en donde la fase de la enfermedad se cataloga como irreversible, al igual que a los 55 años en adelante donde el IP-R fue de 4.3, que es mucho más grave que el estado anterior por lo que es catalogado como un “trastorno terminal” irreversible. (Carranza & Newman, 1998)

En el II Estudio de Morbilidad Oral de 1977-1980, en el Índice periodontal de Russell se observó que a la edad de 5 a 14 años un valor de 0.7, es decir con gingivitis simple, entre los 35 a 44 años de 1.6 y de 55 años en adelante de 1.8, esto indica que la enfermedad periodontal es irreversible, evidenciando una enorme mejoría respecto al estudio anterior en donde a partir de los 55 años había evidencia de un “trastorno terminal”, según se diagnosticaba la enfermedad periodontal en dicho momento. (Carranza & Newman, 1998)

Cuadro 3. Indicadores de Enfermedad Periodontal publicados en la Investigación Nacional de Morbilidad Oral de 1965 – 1966 y el II Estudio de Morbilidad Oral 1977 - 1980

CUADRO 3. ENFERMEDAD PERIODONTAL 1965-1980				
EDAD	Investigación Nacional de Morbilidad Oral: 1965 - 1966		II Estudio de Morbilidad Oral. 1977 - 1980	
	PREVALENCIA	Índice de Russell (IP)	PREVALENCIA	Índice de Russell (IP)
Entre 5 y 14 años	82%	0.6	95%	0.7
Entre 35 y 44 años	96.6%	2.7	94.8%	1.6
A los 55 años	98%	4.3	94%	1.8
Población total	88.7%	10.5	94.7%	1.1

Fuente: Creación propia a partir de fuentes secundarias, ENSAB III Y ENSAB IV

La enfermedad periodontal tanto en el ENSAB III y ENSAB IV fue evaluada mediante la clasificación de la extensión y la severidad de la pérdida de inserción periodontal (criterios del Sistema internacional de Clasificación de la Enfermedad Periodontal y Condiciones Asociadas). Mediante el índice de extensión y severidad (IES), el cual mide la pérdida de inserción periodontal. Esta representa la cantidad de hueso perdido a causa de la enfermedad, lo que se manifiesta con lo que llamamos, *bolsa periodontal*, se determina por un sondaje que mide la profundidad de la bolsa o pérdida de hueso dentro de la encía. De este modo la extensión será localizada o generalizada, y se da en términos de proporción (%), y la severidad de la pérdida será leve, moderada o severa, dependiendo del número de milímetros de hueso perdido al momento del examen clínico.

El Índice Comunitario de Necesidad de Tratamiento Periodontal (ICNTP), fue implementado en el ENSAB III. Y en el ENSAB IV, la valoración periodontal se complementó utilizando los criterios diagnósticos del *Grupo de Seguimiento de la Enfermedad Periodontal Academia Americana de Periodoncia (AAP) y Centro para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC) -AAP/CDC (Page & Eke, 2007)*

En la Cuadro 4, se comparan los resultados de estos indicadores de enfermedad periodontal publicados en el ENSAB III con el ENSAB IV donde la extensión de la pérdida localizada es casi el doble para los grupos de edad menores de 34 años, mientras que para los grupos mayores fue menor, aunque para el total de la población hubo un aumento del 2%. Esta información contrasta con la extensión de la pérdida generalizada que aumentó 6,5 veces, pasando del 8% al 51,6%. En cuanto a la severidad de la pérdida el valor para el total de la población se duplicó en el estudio del 2014 con respecto al estudio del 1998, mientras que los valores de los niveles moderado y severo tuvieron aumentos que no superaron el 1%.

Por ejemplo, en 1998 los resultados arrojaron para el total de la población, que un 50.2% presentaron pérdida de inserción, y ésta aumenta proporcionalmente con la edad afectando a un 87% de las personas con más de 55 años, y las pérdidas localizadas están en la mayoría de la población con un 42.0%. En cuanto al ICNTP, mostró que en un 92.4% de la población necesitaba algún tipo de tratamiento en 1998, de manera que en 2014 se esperaba alguna reducción, sin embargo, 61.8% de la población total presentaba algún tipo de periodontitis. De acuerdo a la clasificación diagnóstica de Page y Eke, la periodontitis moderada mostró mayor proporción con un 43.46%, destacando que a partir de los 18 años ya está afectada la población. (Cuadro 4)

Cuadro 4. Indicadores de Enfermedad Periodontal por grupos de edad publicados en el ENSAB III Y ENSAB IV

EDAD (en años)	ENSAB III - 1998						ENSAB IV - 2014								
	Índice específico de extensión y severidad de la pérdida de inserción ESI					ICNTP (H.O, Detartraje, TTO Completo	Índice específico de extensión y severidad de la pérdida de inserción ESI					Clasificación de Periodontitis según PAGE y EKE, CDC-AAP			
	EXTENSION DE LA PERDIDA		SEVERIDAD DE LA PERDIDA				EXTENSION DE LA PERDIDA		SEVERIDAD DE LA PERDIDA						
	LOCALIZADA %	GENERALIZADA %	LEVE %	MODERADO %	SEVERO %		LOCALIZADA %	GENERALIZADA %	LEVE %	MODERADO %	SEVERO %	PERIODONTITIS AVANZADA %	PERIODONTITIS MODERADA %	PERIODONTITIS LEVE %	
15 a 19	31,4	1,4	31,0	1,7	0,1	*	-	-	-	-	-	-	-	-	
18	-	-	-	-	-	-	71,78	10,22	81,48	*	*	*	10,97	10,69	
20-24	35,2	1,8	34,3	2,5	0,1	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	
20 y 34	-	-	-	-	-	2,6	64,36	27,24	89,73	*	*	*	26,62	11,00	

EDAD (en años)	ENSAB III - 1998						ENSAB IV - 2014								
	Índice específico de extensión y severidad de la pérdida de inserción ESI					ICNTP (H.O, Detartraje, TTO Completo	Índice específico de extensión y severidad de la pérdida de inserción ESI					Clasificación de Periodontitis según PAGE y EKE, CDC-AAP			
	EXTENSION DE LA PERDIDA		SEVERIDAD DE LA PERDIDA				EXTENSION DE LA PERDIDA		SEVERIDAD DE LA PERDIDA						
	LOCALIZADA %	GENERALIZADA %	LEVE %	MODERADO %	SEVERO %		LOCALIZADA %	GENERALIZADA %	LEVE %	MODERADO %	SEVERO %	PERIODONTITIS AVANZADA %	PERIODONTITIS MODERADA %	PERIODONTITIS LEVE %	
35-39	54,0	11,8	51,7	11,8	2,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
35 y 44	-	-	-	-	-	10,1	47,16	51,74	93,82	4,64	*	7,48	48,29	9,44	
45 y 64	-	-	-	-	-	-	18,41	80,92	79,54	16,69	*	20,35	62,53	*	
55-59	51,0	32,2	50,0	27,9	5,5	8,4	-	-	-	-	-	-	-	-	
65 y 79	-	-	-	-	-	-	*	93,16	53,13	33,87	12,73	25,99	63,99	*	
65 y más	44,3	46,3	56,1	27,1	7,3	7,9	-	-	-	-	-	-	-	-	
Total, población	42,0	8,0	41,1	7,7	1,2	92,4	44,02	51,57	85,16	8,59	1,84	10,62	43,46	7,72	

Fuente: Creación propia a partir de los resultados publicados en el ENSAB III y ENSAB IV. (*) Corresponde a estimaciones que han sido catalogadas por los autores del ENSAB III y IV como imprecisas que no se publicaron por carecer de valor inferencial. (-) corresponde a datos no publicados.

En cuanto a la fluorosis dental reportada, los datos corresponden al ENSAB III y ENSAB IV. Se evidencia un aumento del 20,3% en la población de 6, 7 y 12 años identificado en el Estudio de 1998 hasta un 93,97% a los 12 años en el Estudio del 2014. Debemos recordar que, a nivel nacional, a partir de los resultados arrojados en el Estudio de Morbilidad Oral 1977 - 1980, en el que la historia de caries fue del 97,6%, se justificaron las medidas preventivas con flúor por vía sistémica, que tenían como objetivo mejorar los indicadores de salud bucal. Por tanto, mediante el Decreto 2024 de 1984 se aprobó la fluoración de la sal en Colombia, pero no se implementó inmediatamente, solo hasta 1992 se llevó a cabo.

**Cuadro 5. Indicadores de Fluorosis por grupos de edad publicados en el ENSAB III Y
ENSAB IV**

CUADRO 5. FLUOROSIS DENTAL 1998-2014								
EDAD (en años)	ENSAB III			ENSAB IV				
	Fluorosis muy leve a leve	Fluorosis Moderada a severa	Total Población	Fluorosis muy leve	Fluorosis leve	Fluorosis Moderada	Fluorosis severa	Total Población
6, 7 y 12	18.80%	1.50%	20.30%	-	-	-	-	-
12	-	-	-	41.11%	*	*	*	93.97%
15	-	-	-	2.73%	1.78%	*	*	90.63%
Total Nacional	10.70%	0.80%	11.50%	-	-	-	-	-

Fuente: Creación propia a partir de los resultados publicados en el ENSAB III y ENSAB IV. (*)
Corresponde a estimaciones que han sido catalogadas por los autores del ENSAB III y IV como imprecisas que no se publicaron por carecer de valor inferencial. (-) corresponde a datos no publicados.

En la Cuadro 6 mostramos los indicadores de la pérdida dental. En el ENSAB III se determinó el uso de prótesis dental, lo cual demostró que cerca del 30% de la población utilizaba algún tipo de prótesis dental, siendo la prótesis superior la de mayor uso. Después de los 55 años se encuentra la mayor proporción de uso de prótesis en la población. En el ENSAB IV, se determinó un porcentaje similar al estudio de 1998 en cuanto a la población que utiliza algún tipo de prótesis.

El edentulismo, definido como la pérdida de uno o varios dientes en las personas adultas, o con dentición permanente, fue reportado en 2014. Los resultados mostraron que más del 82% de las personas entre 35 y 44 años se puede clasificar como edéntula parcial, porcentaje que aumenta al 98.90% en el grupo de edad entre los 65 y 79 años.

En cuanto a este indicador, queremos poner en evidencia que el edentulismo parcial se presenta para ambos estudios desde los 15 años de edad, pero en el ENSAB IV se identifica un aumento hasta de un 15,28% comparado con el 1,2% del ENSAB III.

Cuadro 6. Indicadores de Uso de Prótesis, Edentulismo por grupos de edad publicados en el ENSAB III Y ENSAB IV

CUADRO 6. USO DE PROTESIS 1998 - EDENTULISMO Y USO DE PROTESIS						
2014						
EDAD	ENSAB III			ENSAB IV		
	Uso de Prótesis en Maxilar superior	Uso de Prótesis en Maxilar Inferior	Total uso de algún tipo de prótesis	Edentulismo total	Edentulismo Parcial	presencia de algún tipo de prótesis
15-19 años	1.2%	*	-	-	-	-
15 años	-	-	-	0.00%	15.28%	-
18 años	-	-	-	0.00%	19.67%	0.75%
20 a 34 años	16.6%	1.5%	18.1%	0.00%	45.49%	4.11%
35 a 44 años	41.9%	9.2%	51.1%	0.50%	82.69%	30.98%
55 y más años	63.5%	31.5%	95.0%	-	-	-
65 y 79 años	-	-	-	32.87%	98.90%	77.43%
Total Población	25.80%	7.0%	32.8%	5.20%	70.43%	31.62%

Fuente: Creación propia a partir de los resultados publicados en el ENSAB III y ENSAB IV. (*)

Corresponde a estimaciones que han sido catalogadas por los autores del ENSAB III y IV como imprecisas que no se publicaron por carecer de valor inferencial. (-) corresponde a datos no publicados.

2.3. ANÁLISIS DEL COMPONENTE CUALITATIVO

2.3.1. ANÁLISIS SEGÚN TIPO DE RACIONALIDAD

En el análisis realizado, encontramos dos tipos de racionalidad descritos por la Teoría de la Decisión Racional: la racionalidad perfecta y la racionalidad intuitiva. A continuación, presentaremos apartes de los discursos de las entrevistas, las encuestas de los estudios

ENSAB III y ENSAB IV, además de las etnografías de este último, donde se clasifico por el tipo de racionalidad, e incluimos las razones y las situaciones de decisión identificadas.

2.3.1.1 RACIONALIDAD PERFECTA

Identificamos este tipo de racionalidad en la entrevista realizada a la funcionaria del Ministerio de Salud y la Protección Social, en los documentos ENSAB III y ENSAB IV, en donde se incluyen las encuestas y las etnografías.

ENTREVISTA

La Dra. Sandra Tovar Valencia, Profesional especializado en la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles – SENT, de la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y la Protección Social. Es Odontóloga, Epidemióloga, Especialista en gerencia de proyectos, y ha participado activamente en el desarrollo e implementación de planes y estrategias en salud bucal a nivel nacional, además de haber participado en la construcción del ENSAB IV.

La racionalidad presente en la funcionaria del Ministerio de Salud, corresponde a una Racionalidad Perfecta, ya que durante toda entrevista justifica las acciones planteadas en los documentos técnicos (protocolos, guías, entre otros), y en la legislación en la cual se basan para las acciones en salud bucal que proponen.

“..El legislativo emite las leyes, no las políticas. Las leyes marcan las acciones en las que se tienen que mover los actores del Estado y en ese direccionamiento le toca al ejecutivo, el cómo llevarlo a cabo” (Dra. Sandra Tovar Valencia)

Plantea que en el país no hay una política pública de salud bucal, porque es un proceso en donde cada acción, estrategia y plan es parte de una política más global, como, por ejemplo, la constitución, la Ley 100 de 1993, la ley estatutaria en salud, entre otras, que son la política que respalda o crea el marco para las acciones individuales y colectivas en salud

bucal. Esto refleja la certeza que tiene frente a lo que se está haciendo desde el ministerio el país.

“La política pública no es un documento y menos, una sola acción, es todo un proceso...” (Dra. Sandra Tovar Valencia)

“No tenemos una política de salud bucal, no tenemos un documento, una Resolución, una ley, un acto administrativo que diga “Política de salud bucal”, no la tenemos. Tenemos que las políticas se bajan a través de planes, programas y proyectos. Los programas y proyectos hacen parte de un plan y un plan hace parte de las políticas. Debajo de los proyectos están las estrategias y debajo están los procesos y debajo están las acciones.... Para nosotros, la política de salud bucal está dada.” (Dra. Sandra Tovar Valencia)

Al ser partícipe del cuarto estudio nacional de salud bucal, la Dra. Sandra cree firmemente en los datos arrojados por este estudio, por tanto, considera que conocen cómo actúan las personas, cómo resuelven sus problemas y, por ende, que intervenciones necesitarían.

No hay dudas o cuestionamientos frente a lo que se está haciendo actualmente, refiere que es necesario modificar algunas cosas para que la política como es concebida para ellos funcione, basados en las mejores fuentes de información disponibles, para que las decisiones tomadas tengan un soporte científico y estadístico.

“Mantener sano, incluso al sano rehabilitado. Esa es nuestra filosofía y la mantenemos, la transformamos, le adicionamos otras cosas, hemos participado activamente, hemos incidido, aunque no lo quieren reconocer, pero nosotros sabemos todo lo que hemos hecho acá. Incluso desde el PNSB”. (Dra. Sandra Tovar Valencia)

Basadas en los resultados frente a las acciones implementadas hasta ahora, las cuales no han mostrado un resultado favorable, y basados en los datos que suministró el ENSAB IV, cuestionamos el por qué en el actual Plan Nacional de Salud Pública, la salud bucal no es una prioridad. La respuesta obtenida fue que, la salud bucal se integró al PNSP, pero dentro de otro componente en coherencia con el pensamiento que la salud es un todo y la salud bucal hace parte de ella.

“...la tuvimos tanto tiempo y no hicimos nada. Estoy convencida, que hoy hay temas que son determinantes para la salud oral... según el ENSAB estamos en todo el curso de vida. Eso no se había logrado”. (Dra. Sandra Tovar Valencia)

“...No tenemos una política exclusiva para salud bucal. Tenemos unas acciones dentro de una política de salud en la que estamos trabajando todos...” (Dra. Sandra Tovar Valencia)

También plantea que ellos como ministerio dan línea técnica en cumplimiento con la legislación y metas nacionales e internacionales, pero la ejecución de las mismas no son su responsabilidad, sino es de los actores del sistema quienes son los encargados de operativizarla.

“...si la gente no se apropia de la política, esta política tampoco va a funcionar... Se difunde desde acá, pero no se implementa desde acá, no se hace desde acá, por lo tanto, cuando la van a evaluar, si no lo hicieron, no la apropiaron abajo, no va a funcionar”
(Dra. Sandra Tovar Valencia)

Finalmente le da toda la responsabilidad de la implementación de la política al profesional en Odontología, y cuestiona la formación académica que están recibiendo porque se centran en la enfermedad, cuando lo que las personas necesitan es salud. Por esto la causa del problema en salud bucal actual son los profesionales que no atienden bien o como esperan que se atienda a las personas, porque en sus concepciones las personas asisten a los servicios de salud cuando están enfermos, luego si son atendidos bien estarán sanos y se mantendrán sanos, desconociendo que son muchos los factores que influyen para que exista la enfermedad, para que persista y para que reincida la asistencia al servicio de salud odontológico, no es unicausal.

“...cuál es el producto que hemos vendido toda la vida? Atención a la enfermedad. Y las personas necesitan salud, pero así nos formaron... A nosotros nos enseñaron a atender la fluorosis, no nos enseñan a prevenirla.... salen de las universidades con unos mitos... se le tiran a uno la política” (Dra. Sandra Tovar Valencia)

Según lo evidenciado en el discurso de la Dra. Sandra Tovar, las razones para tomar las decisiones se fundamentan en las interpretaciones que dan a los datos, las estadísticas e

investigaciones en salud bucal. Y las razones que orientan esas decisiones se fundamentan en las certezas que dan estos mismos datos, e información en busca de un respaldo científico a sus decisiones.

El acto de habla percibido lo clasificamos como Afirmativo, cuya dirección de ajuste es palabra mundo, la condición de sinceridad es creencia y la condición de éxito es verdad. Según la metodología, en el discurso de la funcionaria, ella considera verdad que las decisiones tomadas desde el ministerio deben verse reflejadas en el mundo real, por tanto, es un acto de habla desafortunado porque ésta condición de éxito no se cumple.

ETNOGRAFIAS ENSAB IV

El ENSAB IV, publicó seis etnografías realizadas en sendas regiones del país, con el objetivo de profundizar en las dinámicas sociales de la población, como un componente adicional a la encuesta. Se realizaron en la región Bogotá, Central, Pacífica, Oriental, Atlántica y Amazonía-Orinoquía.

Encontramos que la racionalidad de los autores del ENSAB IV, en cuanto al análisis de las etnografías es de tipo Racionalidad Perfecta, ya que los investigadores realizan categorías según las propias creencias que tienen acerca de la población del país. Información que es proporcionada por el componente cualitativo de las encuestas anteriores, es decir de los datos que arrojan.

Por ejemplo, en la Etnografía realizada en Bogotá, presenta el caso de una familia de cinco miembros, desplazada a la ciudad de Bogotá, provenientes de una finca cerca de Santa Marta-Magdalena. Los autores consideran que el desplazamiento es una etiqueta social que está ligada a la inseguridad alimentaria, a la baja capacidad económica e inadecuados cuidados de salud general y bucal.

“Después de haber sufrido el asesinato de cinco personas de su familia y ante la amenaza de “llevarse” a su hijo mayor, Amalia, la mamá de Nancy, le dijo a ella y a sus tres hermanos que empacarán lo que cupiera en una maleta para irse ya

mismo de la finca donde vivían cerca de Santa Marta...” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

Esto deja ver la racionalidad perfecta que tienen los autores, ya que desconoce el hecho de que huir de la violencia para salvar su vida, hace parte de cuidar de su salud. Y cuando hablan del papel de los servicios de salud los culpan de no desarrollar promoción y prevención. Asociando la mala calidad de los servicios de salud como única causa de la enfermedad, desconociendo que los procesos de salud enfermedad son dinámicos adaptativos, impredecibles y complejos.

También los interlocutores relatan en la etnografía realizada en Amazonas, a la comunidad Ticuna, que no observaron prácticas como *“cepillarse los dientes o realizar algún tipo de aseo bucal”*, y tampoco el uso de implementos como *“cepillos, crema dental o algún otro producto de higiene”*, que según su racionalidad perfecta es lo ideal para el cuidado de la boca.

Al igual que en la Etnografía realizada en Santander, la cual presenta el caso de Aleyda, una mujer cabeza de familia, que vive con 2 de sus 4 hijas y su pareja actual, está dedicada a trabajar en una peluquería en donde recibe un porcentaje por cada actividad realizada. Los autores consideran, según lo relatado por la entrevistada, que existe un “estatus social” dependiendo de la labor que desempeñen, y es necesario cumplir con estándares estéticos para beneficiar dicha labor, es decir el componente estético de sus dientes es indispensable para el éxito en su trabajo. Por tanto, no tiene en cuenta que no solo las ocupaciones relacionadas con la estética y la belleza deben cuidar su salud bucal.

“la boca y la salud bucal toman relevancia, no por la funcionalidad, sino por la estética” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

También en la etnografía realizada en Antioquia, a un pensionado del magisterio, el señor José Antonio, quien es catalogado por los autores como “Privilegiado” porque accedió a educación superior y durante su vida tuvo un trabajo, lo que le permitió brindarle a su familia una mejor “calidad de vida” que la mayoría de la población colombiana, porque podía acceder a *“alimentos adecuados, elementos de higiene, vivienda y vehículos propios, educación para los hijos, y algunos cuidados específicos en salud”*

Para los autores tener una buena calidad de vida está directamente relacionada con la capacidad económica, que según ellos se puede obtener si se tiene la opción de acceder a educación superior y por consiguiente a un trabajo formal. De modo que el ser “privilegiado” excluye a los no que lo son de tener acceso a buenos alimentos.

En las conclusiones están muy enfocados en modo de vida, que lo interpretan como: “*la salud general y bucal están determinadas por problemas de acceso, calidad y oportunidad*”. Al tener una racionalidad perfecta, los investigadores concluyen esto contradiciendo, lo que expone el entrevistado, que hace alusión su creencia de la falta de experiencia en los profesionales en Odontología de su municipio.

Además, afirman que la salud bucal es “poco prioritaria” para el entrevistado, pero durante el relato presentado cuentan que, a causa de la pérdida de un diente durante una pelea, deja su oficio como músico y decide solucionar su problema inmediatamente, y aún hoy, según el relato, se evidencia importancia en la salud bucal.

Todas las etnografías tienen racionalidad Perfecta a partir de la interpretación que hacen los autores de los relatos de los entrevistados. Por tanto, se confirma que las razones que tienen son sus propias interpretaciones de la realidad.

Por otra parte, las razones que orientan sus decisiones son de certeza, porque confirman sus propias creencias de la población, aunque eso no sea lo que expresan los fragmentos transcritos de los relatos de los entrevistados.

Es decir, muestran en su discurso un acto de habla afirmativo, porque creen como verdaderas sus propias creencias acerca de la población entrevistada, por tanto, la dirección de ajuste es palabra mundo, la condición de sinceridad es creencia y la condición de éxito es verdad. Este tipo de acto de habla lo consideramos como desafortunado ya que la condición de éxito no se cumple, porque según lo plasmado en el documento los autores no reflejan las creencias de la población.

RESULTADOS ENCUESTAS ENSAB III Y IV

No es posible establecer las razones ni la racionalidad de los encuestados, dado que las preguntas tenían opciones cerradas de respuestas, enmarcadas en la racionalidad de los autores de los estudios ENSAB III y IV.

Se limitan las opciones a las creencias, deseos e interpretaciones de los autores y no es posible establecer las formas de pensar y hacer de los encuestados con respecto a su salud oral, pero se evidencia que la mayoría de los encuestados aprendieron sus hábitos en salud de sus padres o familiares y que usan crema dental y cepillos, pero el uso de seda es menos frecuente. Se identifica que se tiene información básica de los autocuidados en salud bucal. Con respecto a las gestantes o cuidadoras, reconocen su papel en la educación y cuidado de la salud bucal de sus hijos.

En 1998 (ENSAB III) la encuesta sobre representaciones, conocimientos y prácticas se refleja la racionalidad perfecta de los autores, al limitar las opciones de respuesta condicionándolas a sus certezas.

Sin embargo, basados en estos resultados, por ejemplo, se cree que tener una boca sana es: tener dientes sanos y parejos para la mayoría de las personas, casi el 100% afirman utilizar crema dental y cepillo para su higiene bucal. De cada 10 entrevistados 7 afirman que sus padres les enseñaron a cuidarse la boca, y en la misma proporción solo van al odontólogo cuando tienen dolor.

Con respecto a los cuidadores de los niños, la mayoría considera que la alimentación es importante para formación de los dientes y que deben controlar la cantidad de crema dental. Con respecto al cuidado de los bebés la mayoría considera que deben empezar a cuidar la boca del bebé con la salida del primer diente y que es dañino dejar que el bebé duerma con el tetero en la boca.

Respecto a las madres y sus conocimientos para el cuidado de los menores consideran poco importantes los dientes de leche porque se van a caer, pero si es importante el flúor para el cuidado de sus niños.

En 2014 (ENSAB IV), se ratifica esta racionalidad, porque la metodología en la encuesta se mantiene con opciones de respuesta cerradas, condicionando las respuestas de los encuestados.

Por tanto, a la pregunta que es tener una boca sana la mayoría de las personas contestó que: cuidarse la boca, tener dientes blancos y parejos y no tener caries. Con respecto a las causas de la caries, consideraron el mal cepillado y la mala higiene como opciones de respuesta. En cuanto a las razones por las que sangran las encías lo asocian a mal cepillado o no cepillado. La mayoría de los encuestados considera que los problemas de la boca afectan la salud en general y que la salud bucal es responsabilidad de las personas. Con respecto a estilos de vida y al comportamiento en los momentos de cepillado, la mayoría respondió que realiza el cepillado al levantarse y las otras opciones después del almuerzo y del desayuno.

Los adolescentes cambian el cepillo dental cuando las cerdas han perdido la forma y utilizan crema dental para realizar la higiene bucal. Los adultos a partir de los 20 años no refieren tener problemas para acceder a un empleo o ser aceptado en un grupo social por el aspecto de su boca. Y refiere haber asistido alguna vez a una consulta odontológica. De cada 10 encuestados de esta edad 6 responden que durante la jornada diaria refiere que siempre tiene tiempo para el cuidado de la boca. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

La mayoría de las gestantes entrevistadas piensan que los problemas de la boca afectan la salud general, utilizan crema dental para realizar la higiene de la boca y no refiere problema para acceder a un empleo o ser aceptado en un grupo social por el aspecto de su boca. La última visita al odontólogo fue hace menos de un año por el control prenatal.

Por tanto, esta información dada por los estudios, son interpretados como las razones para la toma decisiones a nivel nacional, asumiéndola como certezas que orientan dichas decisiones.

También se evidencia en su discurso un acto de habla afirmativo, por tanto, la dirección de ajuste es palabra mundo, la condición de sinceridad es creencia y la condición de éxito es verdad. Y continúa siendo un acto de habla desafortunado.

2.3.1.2 RACIONALIDAD INTUITIVA

Identificamos este tipo de racionalidad en la entrevista realizada al Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad el Bosque, y de los protagonistas de las etnografías, según las transcripciones referidas por los autores del ENSAB IV. También incluimos las razones y las situaciones de decisión identificadas.

ENTREVISTA

El Dr. Jaime Alberto Ruiz Carrizosa, Odontólogo, Epidemiólogo y Magíster en Salud Pública. Según la teoría de la decisión racional consideramos que la racionalidad en el discurso es de tipo intuitiva, porque los argumentos dados están basados en el análisis de la información publicada en los estudios Nacionales de Salud Bucal, que contrasta con sus conocimientos y experiencia laboral en el sector salud.

Basado en su experiencia cuestiona los datos globales de morbilidad en salud bucal, manifestando que en la práctica la realidad no coincide con estas cifras.

“...sin embargo, cuando ya uno empieza a mirar estas cifras más detenidamente, y mira detrás de esto, una cosa son esos promedios poblacionales y otra cosa las realidades...” (Dr. Jaime Alberto Ruiz Carrizosa)

También manifiesta su preocupación por que a nivel de resultados de los indicadores clínicos y estadísticos se han logrado resultados positivos, quedan vacíos en el abordaje al contexto de la población, por ejemplo, disponibilidad y acceso a alimentos pertinentes para cada individuo, coberturas de saneamiento básico, desempleo y acceso en la educación, entre otras. Además, dice que las medidas preventivas en salud bucal implementadas en el país, son medidas que retrasan la enfermedad, específicamente la caries, con las medidas de fluoración de la población por distintas vías de administración, pero en realidad no están interviniendo el origen de la enfermedad, que está relacionado con su cultura, sus representaciones sociales que tienen acerca de la enfermedad, su aparición y tratamiento.

... la percepción que tiene la representación social que tiene de la enfermedad, las madres, las familias, etc... entonces hay un tema cultural, y hay un tema social que mirar... (Dr. Jaime Alberto Ruiz Carrizosa)

Al retrasar la enfermedad con las medidas implementadas hasta hoy, solamente se ataca la población infantil en edad escolar por tanto al estar bajo el cuidado de los profesionales en prácticas de promoción y prevención los menores están controlados, sin embargo, al terminar esta fase escolar los indicadores aumentan.

El aumento de estos indicadores es asignado a los profesionales de la salud porque la educación y prevención no fue interiorizada durante esta etapa donde se esperaba que se adquirieran dichos conocimientos para que en la edad adulta se mantuvieran sano. Sin embargo, cuestiona esta postura ya que la legislación implementada regula las actividades y los tiempos para la promoción y prevención en salud bucal, por tanto, las medidas educativas propuestas para la reducción de estos indicadores no han sido efectivas. Esto debido a que su experiencia profesional lo ha llevado a concluir esto, y lo corrobora con las cifras y realidades más allá de estos indicadores.

“...definitivamente el impacto en los programas de salud pública en salud oral es bastante cuestionable, la prevención en salud oral no se está realizando adecuadamente y lo que se están prestando son servicios simplemente asistenciales, curativos que no generan un impacto en la salud bucal de la población...” (Dr. Jaime Alberto Ruiz Carrizosa)

Evidencia una contradicción frente a la formación del talento humano que espera el ministerio para que se articule con el sistema de salud vigente. Según refiere, la dicotomía en el sistema es que esperan que el recurso humano en salud bucal, una vez salga de la universidad, cumpla con las expectativas de productividad y conocimientos en promoción y prevención, aun cuando la población y el sistema mismo exige coberturas de atención.

“...lógicamente cuando se forma recurso humano, uno no forma recurso humano para el sistema, uno forma recurso humano para el futuro... pero digamos que tiene que estar preparado y tiene que ser pertinente para los servicios de salud, pues para eso precisamente es el recurso humano en salud... pero no como a veces se piensa en el sistema que uno tiene que prepararlo para que simplemente salga a trabajar como si fuera un

técnico que conozca muy bien el sistema y que llegue muy bien y que se articule muy rápidamente a la parte operativa, que no piense mucho, que no sea muy crítico ... y nosotros lógicamente diferimos totalmente porque precisamente lo que se necesita es un recurso humano mucho más crítico...” (Dr. Jaime Alberto Ruiz Carrizosa)

“...pero realmente para poder hacer eso se necesita ser formado dentro del mismo sistema...eso es lo que tiene que ver con la relación docencia servicio, en la relación de docencia servicio si bien el sistema de salud nos está pidiendo que formemos un recurso humano más pertinente, el sistema de salud no crea las condiciones para poder desarrollar y para poder apoyar esa formación del recurso humano...” (Dr. Jaime Alberto Ruiz Carrizosa)

A partir de los conocimientos y experiencia con las ciencias contemporáneas, la propuesta está encaminada en un cambio del currículo de la facultad, con el objetivo de generar un cambio en las acciones directas de los profesionales como egresados al involucrarse con el sistema, y otros sectores que influyen en la salud de las personas:

“...entonces ahorita hay un momento bien interesante de lo que se está pensando de la operación del recurso humano y de la situación de salud oral en la población en el mundo, y algo de lo que nosotros creemos en esta escuela y un poco basado en las ciencias contemporáneas es que si indudablemente tenemos que formar un recurso humano con una mentalidad global pero que sepa actuar localmente, ósea piensa global pero actúa local... que en todos los aspectos sepa adaptarse a las realidades de las poblaciones pero sobre todo pueda conocer muy bien las verdaderas realidades de esas poblaciones, para que pueda actuar de forma efectiva..” (Dr. Jaime Alberto Ruiz Carrizosa)

En cuanto a las decisiones, las razones que identificamos dentro del discurso del Dr Ruiz están presentes en cada uno de los fragmentos literales presentados previamente, de manera que se evidencian sus creencias frente al sistema de salud, a la situación de salud bucal en el país y su vez los deseos frente a lo que espera para la profesión y la salud bucal para el futuro. También están sus interpretaciones de los indicadores, de la situación en salud, de la profesión y del mismo sistema de salud durante su práctica profesional, todo ello proporcionado por su experticia o intuición por la labor que ha desempeñado tanto para

la academia como en la interacción con otros actores del sistema. Las razones que orientan estas decisiones como decano de la Facultad de Odontología, son situaciones de incertidumbre porque no es posible tener todo el conocimiento y toda la información para la toma de decisiones en salud, así como también tiene situaciones de riesgo porque critica la certeza de las acciones en salud que propone el ministerio y la legislación vigente.

En cuanto al acto de habla percibido lo clasificamos como Afirmativo, cuya dirección de ajuste es palabra mundo, la condición de sinceridad es creencia y la condición de éxito es verdad. Según la metodología, en el discurso del Decano, él cree que las decisiones tomadas frente a la situación de salud bucal en el país no han sido del todo efectivas. Además, cree que debe haber un cambio en la formación del talento humano en el país y en el mundo, y están adelantando acciones para ello, en la Facultad de Odontología de la Universidad el Bosque. Por tanto, es un acto de habla afortunado porque la condición de éxito se cumple.

ETNOGRAFÍAS ENSAB IV

En las etnografías realizadas, la racionalidad de la población que participó la podemos clasificar como intuitiva, ya que toman elementos de su entorno y las interacciones para tomar decisiones que les permiten sobrevivir. Sin embargo, esta racionalidad se percibe de acuerdo a los pocos fragmentos literales transcritos en el ENSAB IV, ya que en su mayoría estas etnografías fueron relatadas por los investigadores, por lo tanto, se convierten en una fuente terciaria de la cual hacemos el análisis que presentamos a continuación.

Uno de los ejemplos más representativos de esta racionalidad se presenta en la etnografía de Amazonas, realizada a un representante de la comunidad indígena *Ticuna*. En esta etnografía no hay fragmentos literales del entrevistado, sin embargo, basados en un relato de un profesor de la escuela Ticuna, quien explica la cosmovisión de la salud bucal de esta comunidad, podemos entender porque esta es una racionalidad intuitiva, apoyados en razones mágico-religiosas, y experiencias previas dadas por su entorno.

“Aquí tradicionalmente la gente usaba la ceniza de algunas maderas como el balso o algunas arenas, pero eso se ha venido perdiendo; el Ticuna no tiene mucho interés en los dientes, pero no hay que culparlo por eso, pues yo he estudiado ese asunto y tiene un origen mítico. En la cosmovisión de la etnia, los Ticuna antes de ser hombres fueron peces, hasta que su padre Yoi los sacó de las aguas, utilizando como carnada pedazos de yuca y así se dio origen al pueblo Ticuna. Yoi no debió usar yuca sino corozos o semillas duras para pescar los peces, así los dientes de ellos se hubieran vuelto duros, pero como la yuca es blanda los dientes de los Ticunas también, por eso es normal que se caigan. No se le olvide que los mestizos son hijos de Adán y Eva, pero los Ticunas son hijos de Yoi y por eso no les funciona el cepillo y la crema porque ellos son peces”. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

No es posible identificar el tipo de acto de habla de Cristóbal, el protagonista de esta etnografía.

También en la etnografía realizada en Córdoba, según el relato transcrito por los autores, María, una mujer que se dedica al cuidado del hogar y sus hijas, refiere que en las condiciones en que vive, soluciona sus problemas de acuerdo a las opciones presentes. Por ejemplo: *“Mira... yo recuerdo que, aunque siempre hemos sido muy pobres, cuando mis pechos eran pequeños nunca se acostaron sin algo que comer, así fueran tajadas fritas, lo que fuera yo les daba, y muchas veces mis vecinas o mi familia nos ayudaron para darles de comer”.* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

Al igual que en la Etnografía realizada en Santander, la cual presenta el caso de Aleyda, una mujer que se enfrentó a un problema de salud de una de sus hijas, explica dicho momento de manera mágico-religiosa: *“Gina por poco se me muere y a pesar de estar ya en la Clínica del Niño, la orden para que la atendieran en Bucaramanga no llegaba... Al fin apareció, pero nadie se explica de dónde salió esa orden. Yo creo que eso fue un milagro porque mi mamá desde San Pablo estaba rezando todo el tiempo”.* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

En la etnografía de la región pacífica, en el Valle, presentan la historia de Mauricio, quien se dedicaba a la minería ilegal en la región por falta de otras opciones de empleo. Clasificamos esta racionalidad como intuitiva, cuando hace referencia a la interacción con

otros mineros como lo relata Mauricio: *“Acá como hay tanta gente en un solo pozo, muchas veces eso se sacan un ojo, y como no tienen cuidado los atropellan las maquinas... muchos compañeros se pelean por el lugar donde sacan el oro, y yo digo ‘para qué pelear por tierra, si cuando esté muerto voy a tener mucha encima’ ... la gente no entiende”*.

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

Con base en esta poca información literal de los actores de las etnografías, las decisiones están basadas en razones que les dan sus creencias, deseos y emociones, que les permiten interpretar la realidad en que viven. Por tanto, las situaciones de decisión que predominan son de riesgo e incertidumbre, porque las decisiones que toman dependen de las opciones que tengan en el momento, y eligen basados en sus experiencias previas dependiendo si son pertinente o son apropiadas para la situación.

En el discurso de los protagonistas de las etnografías, según las fuentes terciarias de información, el tipo de habla es de tipo expresivo porque se percibe la sinceridad, sentimientos, y emociones con respecto a situaciones vividas. Se cumple la condición de éxito de sinceridad. Por tanto, es un acto de habla afortunado porque se evidencia lo que hacen (acciones), y lo que expresan (emociones).

En cuanto a la metodología planteada para las etnografías no hay coincidencia con los resultados presentados en el documento. Evidenciamos un error en la indexicalidad del lenguaje, ya que la información plasmada acerca del contexto de los entrevistados se convierte en un relato de la percepción de los interlocutores. Así mismo incurrir en un error en la reflexividad, porque no están reflejados los actos, el lenguaje, ni la realidad expresada por los miembros de las comunidades, por tanto, no es posible percibir su racionalidad.

3. DISCUSIÓN

Las entidades de salud, como en este caso el Ministerio de salud, adoptan como verdad los datos estadísticos y los interpretan como la realidad de la población a la que intervienen, porque tradicionalmente se ha dado relevancia al análisis de dichos datos. La ciencia busca certezas que se respaldan con datos, continúan en la búsqueda de explicaciones de un “*conocimiento cada vez más preciso y más completo*” de un proceso complejo como la vida que es dinámica, cambiante, y adaptativa. El método positivista en que tradicionalmente se ha basado la ciencia para explicar la vida no tiene en cuenta el azar y la incertidumbre, los cuales juegan un papel indispensable.

El análisis de la racionalidad de los actores del ministerio es perfecta porque continúan con las creencias del método positivista que necesita certezas para la toma de decisiones, es decir limitan las opciones desde sus propios enunciados, por tanto las decisiones obligadas dejan de ser opciones. Esto es evidente en la metodología de encuesta que aplicaron para el análisis cualitativo del ENSAB III y IV, donde las preguntas tenían una serie de opciones a partir de las certezas de los actores de ministerio, ya que el tipo de pregunta limitaba el reconocimiento de alternativas diferentes o propias del entorno, por tanto no se evidenciaban las formas de pensar de la población del país. Estas formas de pensar se expresan en palabras, y éstas en acciones que representan sus contextos, su diversidad cultural, es decir sus creencias, deseos e interpretaciones. Estas experiencias se traducen en una racionalidad intuitiva.

Consideramos que se deben empezar a buscar puntos de encuentro entre las creencias de la población y los objetivos de las entidades de salud para lograr, a partir del convencimiento y no del miedo, los cambios que sean pertinentes para cada individuo, su familia y su comunidad. A partir de este convencimiento, se puede esperar que los deseos de bienestar y salud sean más relevantes que el temor a la enfermedad, el dolor y sus consecuencias. Por tanto la información que se genera desde las entidades de salud, debería estar orientada a persuadir a las personas, cambiando interpretaciones de la realidad, como

por ejemplo, que los servicios de odontología son sólo para curar las caries o que se debe acudir a ellos sólo cuando los remedios caseros no calman el dolor.

Las razones que tienen las personas para tomar sus decisiones hacen parte de la información que se transmite por la interacción, es decir son aprendidas según como se percibe el mundo y según las opciones que son posibles y realizables y que les permiten sobrevivir.

Por tanto en el análisis realizado se observa la dicotomía entre dos racionalidades que impiden el cumplimiento de objetivos planteados por las entidades de salud, y se ve reflejado en las condiciones de salud bucal de las personas. Esta lucha entre racionalidades y formas de pensar impide la adaptación a nuevas miradas de la salud, porque no hay un diálogo que permita construir una comunicación que articule estas formas diferentes de ser, pensar y hacer en una construcción común, sin defender sus propias ideas, gracias a sus certezas, sino construir algo mutuo, que permita evolución maximizando los aciertos y minimizando los errores de todos los involucrados.

En las etnografías, no fue posible identificar cómo se organizan los individuos dentro de sus comunidades para resolver sus problemas cotidianos, qué información generan, cuáles son sus conexiones con el mundo. Ya que en el documento publicado se evidencian relatos de las situaciones de vida de las personas, desde el punto de vista de los investigadores, dejando de lado la importancia de los relatos textuales de los protagonistas de cada una de las regiones del país. Por tanto el discurso de los autores que se evidencia en las conclusiones de cada etnografía, refleja sus certezas y por tanto su racionalidad perfecta, porque concluyen situaciones que no necesariamente coinciden con la realidad de las personas, está descontextualizada y por tanto, las consideramos un acto de habla desafortunado.

Hoy en día persiste la atención asistencialista, curativa, porque aún se cree que la atención es la clave para que se den los buenos resultados en salud, que son proporcionados por los datos estadísticos. Por otra parte las personas interactúan con las entidades de salud cuando requieren atención asistencialista o curativa porque la enfermedad ha permanecido

como foco de atención de la medicina, apoyados por medios audiovisuales y estrategias de mercadeo en busca de la prevención en salud, que infunden que mediante el miedo a la enfermedad se encuentre la salud. Por tanto es necesario desarrollar competencia comunicativas, que permitan optimizar la comunicación, generar diálogo y aprender del otro, no en busca de la venta de un servicio, sino de influenciar cambios donde las personas sean quienes tomen las decisiones frente a su propia salud. Las entidades en salud no brindan opciones a la población, porque no se reconocen las diferencias del otro, que son las herramientas para entablar una comunicación que permita beneficios comunes.

En las entrevistas también se evidencia la diferencia de las formas pensar, e intereses entre ambas entidades de salud, es decir el ministerio piensa que el problema de las dificultades para alcanzar las metas en salud son los profesionales quienes prestan los servicios, ya que desconocen los procesos que están dentro de las normas implementadas, mientras que la institución de educación superior difiere de esta posición al considerar que, si bien han existido fallas en la formación y en la concepción del odontólogo técnicamente bueno en los procedimientos, el sistema tiene fallas estructurales que son independientes de la formación del profesional de la salud. En este punto se puede ver nuevamente la diferencia de opiniones que al no existir un diálogo entre ambas posiciones no hay un crecimiento que beneficie ambas partes, y por tanto a las personas.

Una alternativa para mejorar los procesos de comunicación podría ser enriquecer la formación del profesional en salud en temas de comunicación e información, ya que hasta ahora el lenguaje médico dista mucho del lenguaje cotidiano, limitando las opciones para generar las alternativas de cambio que se esperan.

La profesión odontológica no se ha integrado con otras ciencias, centrándose en la práctica resolutiva de problemas específicos de la boca. Este enfoque reactivo ha incrementado los costos en los tratamientos, estratificando el acceso en la atención, lo que incrementa las inequidades. Debemos recordar que los procesos de alimentación (masticación), en la mayoría de las personas podrían beneficiar los procesos de digestión y de absorción de nutrientes, pero también tienen que ver con el neurodesarrollo, especialmente durante la primera infancia, razón por la cual los profesionales en salud

deberían enfocar sus esfuerzos de comunicación en los padres o cuidadores de los niños y niñas quienes aprenden mediante las interacciones con ellos.

Vale la pena mencionar el papel de los medios de comunicación quienes tienen por objetivo la venta de servicios, priorizando la estética por encima de la funcionalidad o el costo beneficio de los tratamientos que impulsan. Además promueven la concentración de profesionales y especialidades en los centros urbanos, aumentando la inequidad con respecto a las personas que viven en zonas rurales, en donde es diferente el acceso y la oferta de servicios especializados.

Las políticas, planes y estrategias en salud bucal se han centrado en la atención de los niños, niñas y adolescentes, haciendo énfasis en la prevención con las aplicaciones de flúor en sus diferentes presentaciones. Consideramos que es importante que las estrategias de promoción y prevención estén dirigidas a todos los grupos de edad, adaptándonos a las particularidades de cada etapa de la vida y a cada persona, familia, comunidad.

Se ha dejado de lado la educación como un proceso que permite la evolución y adaptación a las formas de pensar del otro para generar cambios de hábitos y comportamientos que sean duraderos y beneficien a futuras generaciones a partir de un verdadero diálogo entre las entidades de salud y las personas, no solo basados en los datos estadísticos que suministran los estudios y la evidencia científica, sino al integrar los contextos para comprender y explicar la situación de salud.

Después de identificar que existe una racionalidad diferente para las entidades de salud y para las personas, consideramos que ésta podría ser la explicación por la cual no se han cumplido las metas propuestas en salud bucal. Es necesario empezar a ampliar el conocimiento hacia otras disciplinas que permitan enriquecer el reconocimiento del otro para construir “algo en común” que beneficie a las dos partes, por eso, debe ser bidireccional. Es importante que los procesos de información, educación y comunicación tengan en cuenta las creencias, deseos e interpretaciones de las personas en su contexto, es decir, considerando sus opciones de vida, sus interacciones y sus realidades.

4. CONCLUSIONES

En el análisis de los documentos los autores mencionan con frecuencia la palabra “salud”, pero hacen referencia contantemente a la enfermedad, de hecho, los indicadores con los que se evalúa la “salud bucal”, miden caries, fluorosis, enfermedad periodontal y edentulismo.

En estos documentos se identifican actores como OMS, OPS, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Empresas administradoras de planes de benéficos, Instituciones prestadoras de servicios de salud, profesionales de la salud y los usuarios, quienes tienen diferentes responsabilidades frente a la salud bucal del país. Se espera que estos actores interactúen de manera efectiva, para que los resultados en “salud”, en términos cuantitativos para que se reflejen en las medidas y las responsabilidades asignadas se cumplan. Sin embargo, lo que se evidencia en el análisis cuantitativo es que estas interacciones no han sido exitosas.

Durante el análisis de los datos cuantitativos, evidenciamos si bien el COP-D, ha venido disminuyendo a nivel nacional desde 1965, gracias a las medidas en salud pública implementadas hasta hoy, se cumplió la meta establecida por la OMS para caries a los 12 años. Sin embargo, estos son promedios nacionales que no permiten evidenciar grandes inequidades en ciertas regiones del país donde este mismo indicador alcanza un valor de 5.

En el ENSAB IV, al incluir la clasificación de ICDAS, se muestra como la caries está presente a partir del primer año de edad, y continua durante casi todo el curso de vida. Consideramos esto como un acierto, porque deja ver la magnitud del problema de la caries en el país. En donde se puede cuestionar la eficacia de las medidas de promoción y prevención que son implementadas desde la primera infancia.

Se reconoce el papel de las medidas de fluoración tanto sistémicas como tópicas para la reducción de la caries, que se traduce en una reducción del COP-D, hasta la adolescencia. Sin embargo, los estudios hasta hoy han mostrado, si bien una disminución de la caries con este índice, la fluorosis dental va en aumento, por lo tanto, aumenta la vulnerabilidad a la caries, que es una respuesta contraria a lo esperado.

Para la enfermedad periodontal, los indicadores presentados en el 2014, muestran un empeoramiento en todos los grupos de edad, a partir de los 15 años. Por tanto, cuestionamos la efectividad de las actividades de promoción y prevención realizadas.

La pérdida dental también mostro un aumento importante comparando los dos últimos estudios, en donde desde los 15 años se evidencia la necesidad de uso de prótesis por la pérdida dental, alcanzando un 98% en el grupo personas mayores de 65 años.

La atención en salud bucal históricamente ha sido asistencialista, es decir clínico y de rehabilitación de la enfermedad, que, a pesar del aumento de la cobertura de atención en salud, a partir de la implementación del SGSSS, la prevalencia y la magnitud de las enfermedades persiste, y en algunas está en aumento. Generando un enfoque reactivo que incrementa el costo en la atención, limitando el acceso para la atención en salud bucal a ciertos tratamientos de rehabilitación.

Esto está latente en la sociedad de mercado, dirige los mayores esfuerzos a los medios de producción, lo que se traduce en avances tecnológicos cada vez más sofisticados para hacerle frente a la enfermedad específica. No ha permitido comprender los factores estructurales de la morbilidad en salud oral, porque se prioriza la estética por encima de la salud. Las entidades de salud, al tener una racionalidad perfecta creen que tienen la certeza del conocimiento acerca de la población, gracias a los datos estadísticos arrojados por los estudios en salud bucal, y debido a los resultados arrojados por la encuesta que dice cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas, por tanto, creen tener toda la información para la toma de decisiones que afectan directamente a la población.

Por el contrario, la población tiene una racionalidad intuitiva, porque aprende según la experiencia y las interacciones dentro de sus contextos. Pero las interacciones con las entidades y el sistema de salud han priorizando la atención clínica o curativa, desconociendo estas experiencias.

Ejemplo de esto, es el análisis del componente cualitativo, el cuales deja ver la realidad de la población, ya que permiten conocer la racionalidad y la decisión es decir las razones y las situaciones de decisión de las personas. Sin embargo, esto no se pudo analizar, porque en las encuestas se direccionaron las respuestas, al incluir opciones de respuesta, a partir de las certezas que los investigadores creen que tienen de la población.

Y en las etnografías, tampoco se pudo analizar esto, porque hubo errores en las propiedades del lenguaje, es decir en la indexicalidad y la reflexividad, ya que la información del contexto de los entrevistados se convirtió en un relato de las certezas de los interlocutores, afectando la indexicalidad. También incurren en un error en la reflexividad, porque no reflejan los actos, el lenguaje, ni la realidad expresada por los miembros de las comunidades, por tanto, no es posible percibir su racionalidad.

Este contraste de la racionalidad de las entidades y de la población no permite que la política pública en salud tenga el resultado esperado. Lo cual se evidencia en el discurso de la funcionaria del ministerio, quien asigna la responsabilidad a los profesionales de la salud bucal, mientras que el Decano de la facultad de odontología, cuestiona las medidas implementadas, los datos publicados, y a pesar de que acepta parte de la responsabilidad frente a la formación del recurso humano, cuestiona la formación tradicional que el mismo sistema exigió durante muchos años, y que ahora es el culpable de que los resultados en salud bucal no sean los esperados. Priorizando los intereses individuales en cada sector, sin articularse en el objetivo común que es la salud.

Las ciencias de la complejidad son hoy día una alternativa viable para el cambio de paradigma en salud, ya que permite comprender las realidades de las personas y las comunidades. Este cambio debe darse en todos los actores del sistema para que a mediano y largo plazo se evidencie cambios positivos en los indicadores de salud bucal a partir de mejores sistemas de información, educación y comunicación.

El verdadero problema radica en que los indicadores de salud bucal muestran la severidad, la prevalencia y la magnitud de un problema que se ha abordado desde una perspectiva positivista que no ha dado los resultados esperados a pesar de los recursos humanos, técnicos y financieros invertidos desde 1965. Consideramos que es necesario realizar un cambio en el abordaje de los problemas en salud, mediante otros enfoques que complementen la información estadística. Una alternativa es abordar la teoría de la decisión racionalidad como herramienta para integrar las creencias deseos e interpretaciones, tanto de las entidades de salud como de la población, que tengan objetivos en común que los beneficien, a partir de las opciones posibles y realizables, que consideren las interacciones de la vida.

5. BIBLIOGRAFÍA

- A.I. Ismail, W. (June de 2007). the International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): and integrated system for measuring dental caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35(Issue 3), 170-178.
- Carranza, F. A., & Newman, M. G. (1998). *Periodontologia clinica*. Mexico: McGraw-Hill.
- Dabas, E., & Najmanovich, D. (1995). *El lenguaje de los vinculos: De la independencia absoluta a la autonomía relativa*. Paidós Iberica.
- ICDAS , F. (2016). *the ICDAS Foundation*. Obtenido de <https://www.icdas.org>
- Maldonado, C. (Mayo de 2009). La complejidad es un problema no una cosmovision. *UCM revista de Investigacion*, 42-54.
- Maldonado, C. (2012). Complejidad de las ciencias sociales. Las contribuciones de la antropología. *Revista Jangwa Pana*, 10-26.
- Ministerio de la Protección Social. (28 de Septiembre de 2006). Resolución 3577 Plan Nacional de Salud Bucal. Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Plan Decenal de Salud Pública.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). IV Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB IV. *Tomo I y II*. Colombia.
- Mosterin, J. (1978). *Racionalidad y acción Humana* . Barcelona : Alianza Universidad .
- Page, R. C., & Eke, P. I. (July de 2007). *Journal of Periodontology*. *Case Definitions for Use in Population-Based Surveillance of Periodontitis*, 78(7s), 1387-1399.
- Peñaranda C, F., & Otálvaro C, G. J. (2013). El debate determinantes-determinación social de la salud: aportes para la renovación de la praxis en salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 31.
- Petersen, P. E. (December de 2003). The World Oral Health Report: continuous improvement of oral health in the 21st century- the approach of Global Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* , 31(Issue Supplement s1), 3-24.
- Schick, F. (1999). *Hacer Elecciones: Una reconstrucción de la teoría de la decisión* . Barcelona : Gedisa Editorial.

- Searle, J. R. (2004). *Mente, lenguaje y sociedad. La Filosofía en el mundo real*. Alianza Editorial.
- Simon, H. A. (1989). *Naturaleza y límites de la razón humana*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Velasquez Maya, C. (2005). *Guía operativa del subsistema de vigilancia de salud oral SISVESO del Distrito Capital. Programa Territorios Saludables "salud para el Buen vivir"*. Bogota D.C: Secretaria de Salud .
- Velasquez Maya, C. L. (2015). *Guía Operativa del subsistema de vigilancia de salud oral SISVESO del Distrito Capital. Programa Territorios Saludables "Salud Para el Buen Vivir"*. Bogotá D. C. , Bogotá D. C., Colombia.
- Yevenes.I. (2010). Dental Caries in preschoolers from communes with fluoridated and non-fluoridated public water supplies in Chile. *Rev. odonto ciênc*, 25(1), 20-24.