

Una aproximación teórico-metodológica crítica para el estudio de la salud bucal.

Odeth Santos Madrigal* • Sergio López Moreno** • Rafael Malagón Oviedo***

RESUMEN

Las enfermedades bucales tienen una alta prevalencia en México y afectan con mayor severidad a los grupos sociales que se encuentran bajo condiciones de vida detrimenales debido a la posición que ocupan en la estructura social. Su efecto se acumula a lo largo de la vida ocasionando problemas de funcionalidad y desarrollo que repercuten en la alimentación, masticación, respiración, comunicación y desarrollo de capacidades. Los sistemas de atención y las políticas públicas no han logrado disminuir la prevalencia de estas enfermedades pues son resultado de una problemática compleja con múltiples determinaciones.

Las condiciones de vida y salud bucal de las poblaciones, los sistemas de atención, la práctica odontológica y las políticas públicas son elementos que resultan relevantes para comprender la problemática de salud bucal, así como los significados que las personas tienen de su boca y su salud. Al estudiarlos de manera más cuidadosa y profunda puede apreciarse que cada uno de estos campos utiliza un discurso diferente y concede una importancia y un significado distinto tanto a la boca como a la salud bucal.

El presente artículo tiene como objetivo plantear una aproximación teórico-metodológica crítica, para abordar la salud bucal desde el pensamiento crítico en salud y la salud colectiva, que permita trabajar con problemas del campo de la salud a través de la determinación social, describiendo estructuras y órdenes jerárquicos que permitan profundizar, desde una posición compleja y categorizada, los niveles de estudio en los que se pueden problematizar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. Es por ello que describimos tres órdenes jerárquicos de poder, que de manera compleja y como una abstracción pueden ayudar a mirar que los problemas de salud de forma multidimensional, acentuando que

* Investigadora asociada, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza. Grupo de Trabajo Salud Internacional y Soberanía Sanitaria, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Correo electrónico: odethsantosmadrigal@gmail.com

** Coordinador Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo electrónico de contacto: slopez@correo.xoc.uam.mx

*** Director del Departamento de Salud Colectiva de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia (UNAL). Correo electrónico: ramalagono@unal.edu.co

Fecha de recepción: 23 de enero de 2023

Fecha de aceptación: 23 de junio de 2023

su problematización puede estudiarse en tres niveles explicativos: lo macro, lo meso y lo micro. Este enfoque permite identificar una dinámica compleja en los problemas de salud, que no se acota a procesos fisiológicos, patológicos, individuales o ahistóricos.

PALABRAS CLAVE: salud bucal, salud colectiva, órdenes jerárquicos, orden odontológico.

A critical theoretical-methodological approach to the study of oral health.

ABSTRACT

Oral diseases have a high prevalence in Mexico and more severely affect social groups that are under detrimental living conditions due to the position they occupy in the social structure. Its effect accumulates throughout life, causing functionality and development problems that affect feeding, chewing, breathing, communication and capacity development. The care systems and public policies have not been able to reduce the prevalence of these diseases since they are the result of a complex problem with multiple determinations.

The living conditions and oral health of populations, care systems, dental practice and public policies are elements that are relevant to understanding oral health problems, as well as the meanings that people have of their mouth and their health. When studying them in a more careful and in-depth way, each of these fields uses a different discourse and grants a different importance to both the mouth and oral health.

The objective of this article is to propose a critical theoretical-methodological approach to address oral health from contemporary critical thinking in health and collective health, which allows working with problems in the field of health through social determination, describing structures and hierarchical orders that allow to deepen, from a complex and categorized position, the levels of study in which the health-disease-attention-care processes can be problematized. That is why we describe three hierarchical orders of power, which in a complex way and as an abstraction can help to see that health problems are multidimensional, emphasizing that their problematization can be studied at three explanatory levels: the macro, the meso and the micro. This approach makes it possible to identify a complex dynamic in health problems, which is not limited to physiological, pathological, individual, or ahistorical processes.

KEYWORDS: oral health, collective health, hierarchical orders, dental order.

Introducción

Nuestros cuerpos se constituyen por las estructuras biológicas que los conforman, así como por las marcas sociales del momento histórico que recorren. La realidad histórica y cultural del cuerpo y de la boca no deben funcionar como aspectos colaterales para el conocimiento médico y el cuidado personal y social, pues son el producto de transformaciones dentro de la complejidad cultural, material y simbólica. En el último siglo, la salud bucal ha sido por un paradigma unicausal, hegemonizada por un complejo médico odontológico y lo que ha conducido al uso mercantilizado, instrumentalista e individualista de la salud bucal en todos sus campos.

Para el pensamiento crítico, la salud es un sistema complejo y multidimensional asumido como un proceso tanto en su nivel ontológico como epistemológico: el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado¹. La salud tiene determinaciones sociales complejas en los niveles económico, político e ideológico-cultural, lo que determina sus significados en las diferentes dimensiones epistémicas y grupos poblacionales. Estos significados pueden ubicarse en diferentes campos de poder y de acción sanitaria, en los que siempre están dialécticamente relacionados; las significaciones del cuerpo son manifestaciones constantes de este permanente conflicto en el campo de la salud, desde una perspectiva transdisciplinaria compleja, teniendo como una de sus bases el materialismo histórico y otras corrientes de pensamiento (Marx y Engels, 1979; Gramsci, 2018).

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

Dos elementos básicos para la elaboración de una aproximación teórico-metodológica desde una epistemología del pensamiento crítico en la salud, dada la complejidad de este campo, es la historicidad y la experiencia situada. Este trabajo parte de una epistemología feminista que plantea una mirada desde el pensamiento crítico en salud, así como una interpelación a la epistemología de la biomedicina clínica que ha transferido su construcción binomial causa-efecto a los problemas de salud pública. El enfoque binomial estructuró un orden médico y un modelo de atención que se reproduce en los servicios de salud y en todas las prácticas sanitarias como la única forma de resolución de problemas, lo que ha exacerbado las desigualdades sanitarias en América Latina y el Caribe (Laurell, 1986; Testa, 1993; Minayo, 2021).

La experiencia situada de la epistemología feminista forma parte del pensamiento crítico en salud, así como del conocimiento no formal de aprendizajes en salud no medicalizados acompañados de la formación técnica y biomédica de la odontología en México. Esto permite a una de las autoras hablar como mujer, madre, afromexicana, trabajadora de la salud, en el campo clínico odontológico y como investigadora.

La salud bucal necesita ser reconocida desde diferentes perspectivas que consideren la importancia del cuerpo, la boca y a los colectivos en su dimensión social para entender que existen otras prácticas y discursos que interpelan las prácticas odontológicas dominantes y los significados que el mercado impone. Pese a las continuas transformaciones tecnológicas que ha tenido el campo y las prácticas odontológicas, la complejidad de la salud bucal ha quedado reducida en la explicación biomédica. Lo anterior da lugar a la existencia de vacíos teóricos en el campo de la salud pública,

a la falta de vigilancia y revisión epistemológica de sus concepciones, a la inoperatividad de la práctica odontológica y sus sistemas de atención para responder a la complejidad de los problemas de salud bucal. Al analizar el desarrollo histórico de la práctica odontológica en América Latina (Morales, 2021), se puede entender la forma en que ésta generó una sinergia con el capitalismo y el neoliberalismo global y regional, y el papel que han tenido la biomedicina y el patrón de acumulación neoliberal para asumir epistemológicamente a la boca y su salud como una mercancía imposible de pensar fuera del mercado, invisibilizando su carácter público e impidiendo que la atención bucal sea completa, integral, humana y a partir de la realización plena de derechos. Desde esa reducción, las políticas públicas se limitan a lo preventivo individual, sin resolver de manera efectiva los altos índices de morbilidad, la fuerte demanda de atención y la deficiente distribución y regulación de los recursos humanos. El sometimiento del mercado sobre las prácticas en salud bucal ha minado las condiciones para su abordaje colectivo y público.

La salud bucal ha sido históricamente irrelevante en términos de necesidades en salud para los Estados-Nación pues desde su origen ésta tiene un desarrollo liberal, es decir, se limita estructuralmente a la práctica curativa, restaurativa y comercial. Las personas que toman decisiones en las políticas públicas y el personal que proporciona la atención pública o privada, difícilmente comprenden y consideran los esfuerzos y dificultades que cada persona y la población en general, tienen para atender a su salud bucal. Desde esa condición las políticas públicas no reconocen el papel fundamental de la boca y su significado en la vida y el desarrollo integral de capacidades en las personas.

El capitalismo imperial global determina las relaciones sociales que permiten su reproducción en los territorios con diversos patrones de acumulación neoliberal. A México corresponde un capitalismo dependiente y periférico (Amin, 1974; Bamber, 1976), reflejado en las formaciones sociales del país, en la conformación de sus clases sociales, sus relaciones sociales de producción, en el desarrollo de sus fuerzas productivas y en sus expresiones políticas e ideológicas. Su combinación concreta determina el tipo de Estado y de gobierno en relación con la sociedad y la configuración de los Estado-Nación en América Latina y el Caribe, surge a partir del colonialismo y de la dominación de las periferias por los centros de poder (Dusel, 1999; Quijano, 2001; Mignolo, 2002). En este trabajo se propone una aproximación teórico-metodológica crítica para el abordaje de la salud bucal considerando tres niveles de abstracción epistemológico, sustentado en el enfoque de la Salud Colectiva, que articula de manera compleja diferentes disciplinas, modelos explicativos y expresiones empíricas de la realidad.

Se plantea la posibilidad de trabajar problemas en el campo de la salud mediante la problematización de lo social, describiendo estructuras y órdenes jerárquicos que permitan profundizar, desde una posición compleja y categorizada, los niveles de estudio en los que se puede entender a la salud como proceso. Por ello se considera estudiar a los órdenes jerárquicos de poder que dan lugar a las desigualdades en salud y que determinan las condiciones de vida y los procesos de salud de los colectivos y así mismo, configura prácticas y políticas sanitarias de acuerdo al tipo de Estado-Nación de cada territorio. Esta aproximación se plantea estudiar a través de tres niveles explicativos: lo macro, lo meso y lo micro, su uso y su anclaje dependerán de la problematización a partir de la cual se realice su análisis. Este enfoque

permite identificar una dinámica compleja en los problemas de salud, que no se limita a procesos individuales o ahistóricos.

LO MACRO

El proceso salud-enfermedad-atención-cuidado de lo bucal es una preocupación de la salud colectiva. Este proceso se inscribe en la complejidad de una realidad determinada por el orden económico, la globalización y el neoliberalismo, que también han modelado a la práctica odontológica, aunque no siempre de manera evidente. En México, desde principios del Siglo XX, la odontología se adscribe a una visión empresarial de acumulación de capital. Con el desarrollo del Complejo Odontológico Industrial² (COI) (Forero, 2016), y su estrecha relación con la práctica odontológica, se acentúa la injerencia del mercado en el precio de la atención, y con ello el precio del cuerpo, de la boca y de la salud.

Es fundamental entender la intervención del Estado en la definición de políticas públicas, en los sistemas de atención y formación de recursos humanos para que pueda considerarse a la salud bucal como una capacidad, un derecho o un bien público. La odontología y la práctica odontológica se subordinan a la atención privada y en consecuencia al mercado, al Complejo Odontológico Industrial (COI). Esto hace que no sean vistas las necesidades que en salud bucal tienen las poblaciones. La constitución del discurso teórico de la salud colectiva, con la introducción de las ciencias sociales en el campo de la salud y las corrientes de pensamiento crítico, reestructura las coordina-

² Este concepto es una extensión del concepto Complejo Médico Industrial, que consiste en una extensa y eficiente red de corporaciones privadas dedicadas a actividades en sectores primarios y secundarios de la economía, con integración vertical y horizontal, cuyo propósito principal es obtener ganancias a partir de la explotación de patologías, la mercantilización y corporativización del campo de la salud.

das de dicho campo, destacando las dimensiones filosófica, simbólica, ética, política y socioeconómica del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. Esta corriente defiende que las relaciones del sujeto con su cuerpo, con los otros, con las cosas, con las instituciones y con las prácticas sociales, son mediadas tanto por el trabajo, como por las relaciones sociales y el lenguaje, así como por los códigos culturales establecidos en una tradición histórica y lingüística. En este sentido, la salud colectiva evidencia la necesidad de repensar el modelo biologicista de la medicina.

Para comprender los procesos de salud es fundamental conocer las estructuras sociales en las que se desarrollan los ciclos de vida; ignorar dichas estructuras da lugar a un ejercicio incompleto de las intervenciones en salud. Entender la realidad como social, significa que las relaciones humanas están dadas en la complejidad de una base material que depende de los modos en que se producen los bienes materiales para la reproducción de la vida. Estos modos se dan de manera diferenciada e histórica y se estructuran a través de los órdenes jerárquicos como modo de producción capitalista, patriarcales y coloniales.

Estos órdenes se manifiestan simultáneamente y en forma compleja a través de las categorías constitutivas de la episteme moderna: raza, género y clase. Estas categorías constitutivas de la episteme moderna no pueden pensarse aisladas ni de manera separada entre ellas. No se puede pensar en el género sin pensar el hecho histórico de la civilización, ni en el surgimiento de la idea de raza como inferiorización sin pensar en el colonialismo (Espinosa, 2017). Cuando se estudia la salud a través de las condiciones de vida y socioeconómicas que se dan de manera compleja y entrelazan a las llamadas *inequidades de clase social, etnia y género*, se dice que estas determinan patrones des-

iguales de enfermedad y muerte en las personas, familias, grupos y colectivos. Esto es cierto, sin embargo, es importante identificar las estructuras que están detrás de dichas inequidades, no hacerlo, conduce a ignorar la forma de operación de dichas estructuras en todas las prácticas en salud. Para su estudio se nombran de manera separada reconociendo en todo momento su interrelación y la complejidad de su ejercicio como se señaló anteriormente.

Modo de producción capitalista

Los modos de producción son los modos en los que se reproduce la vida material e ideológica, constituyen el desarrollo histórico de las fuerzas productivas y las relaciones sociales (Tabla 1). En el modo de producción capitalista³ las desigualdades de clase se explican en el arrebatamiento de la vida material (simbólica, natural) que definen los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.

Es importante entender que, para el estudio del modo de producción en cada territorio, existen particularidades históricas y relaciones centro-periferia y de dependencia económica globales, que se reconfiguran de manera dinámica en la estructura norte-sur (Basile y Feo, 2022). Una vez entendidas estas particularidades, los modos de reproducir la vida determina las formas de trabajar, enfermar y morir y adquiere diferentes dominios o campos básicos: el económico, el ideológico y el político; dominios que estructuran los ciclos de vida y sobre los cuales se configuran las desigualdades en salud. Lo anterior incide, por ejemplo, en la inversión per cápita en salud realizada por

³ El modo de producción capitalista tiene como cualidad principal, la propiedad privada de los medios de producción por una clase (los dueños), la extracción de plusvalía (el resultado del trabajo no remunerado, creado por los trabajadores), el trabajo asalariado y la distribución de bienes de capital y de consumo en la economía basada en el mercado (Marx y Engels, 1979).

el Estado, o la propiedad de las empresas dedicadas a la industria farmacéutica y de insumos para el cuidado de la salud. En el ámbito de la salud bucal, esto implica que la inversión pública esté concentrada en el desarrollo de tecnologías y no, en el desarrollo de políticas enfocadas al monitoreo de necesidades en salud bucal en las poblaciones que permitan incidir en ella desde diferentes campos (Obregón y Sendra, 2020).

La práctica odontológica es un ejemplo de la dimensión ideológica y política, ya que desde su nacimiento es liberal, nace con el mercado. Los primeros desarrollos de la institucionalización de la profesión odontológica ocurren en el contexto de la producción industrial en serie. La institucionalización se inicia en Baltimore, Estados Unidos a finales del siglo XIX, desplazando a Francia de la influencia de la escuela Europea en el desarrollo de la profesión, que da lugar junto a la medicina, a lo que se ha denominado la odontología moderna, durante todo el siglo XIX.⁴ El avance de las especialidades odontológicas ocurre mayormente en función de desarrollos biotecnológicos, y de la adaptación de sus bases conceptuales y epistemológicas a dichos progresos. Epistemológicamente se consideran avances y desarrollos tecnológicos, pero se omiten las necesidades y la realidad del desarrollo de los procesos de salud de las poblaciones y con ello sus repercusiones directas en las enfermedades bucales.

Según el *Consejo de Competitividad Europeo*, la biotecnología es una de las áreas de la economía de mayor importancia y desarrollo, igual que otras tecnologías derivadas de la informática, la

⁴ Cabe recordar que, a lo largo de los últimos casi dos siglos, la odontología fue retomando los aportes teóricos realizados por diversos campos científicos como las ciencias biológicas y sociales, -vale la pena destacar entre ellos los aportes del médico francés del siglo XVIII Pierre Fauchard- adquiriendo una base científica que paulatinamente les ha acercado a las ciencias modernas.

Tabla 1. Nivel macro teórico de complejidad para estudiar a la salud

Concepto	Categorías y nociones clave
Modos de producción. Marx (1988) Osorio (2014)	Desarrollo histórico de las fuerzas productivas y de las relaciones sociales. Modos en los que se produce la vida material e ideológica.
Formación social. Amin (1986) Hobsbawn (1988)	Configuración y desarrollo de las clases dentro de los diferentes modos de producción.
Clases sociales. Hadjinicolaou (2005)	Niveles y relaciones de una formación y de relaciones sociales en conflicto.
Relaciones Sociales. Hadjinicolaou (2005) Osorio (2014)	Prácticas de clase y su efecto sobre la estructura económica, relaciones sociales políticas y relaciones sociales ideológicas.
Relaciones de producción. Hadjinicolaou (2005) Marx (1988)	La manera en que se insertan los seres humanos a la producción económica.
Relaciones ideológicas. Hadjinicolaou (2005)	Efecto de las relaciones de dominación y subordinación entre clases, contradicciones entre prácticas.
Relaciones políticas. Hadjinicolaou (2005) Poulantzas (1985)	Marcos de representatividad para las diferentes clases, grupos, o extractos de clase representados o no en el Estado.
Patriarcado. Lagarde (2005) Espinosa-Miñoso (2022) Paredes (2020)	El patriarcado* Es un orden jerárquico que configuró espacios de poder diferenciados para hombres y mujeres, entrelazando las opresiones que se viven con otros órdenes. El patriarcado se conforma por diversos ejes de relaciones y contenidos culturales que se pueden caracterizar como cualidades generales de este sistema de poder.
Colonialismo. Marx (1979) Colorado (1991) Quijano (2000)	Es un proceso histórico que ocupa territorios, jerarquiza a los grupos sociales, radicaliza y reconfigura los espacios culturales, políticos, e instaura en diversas prácticas el poder de una raza sobre otra.
Género. Lagarde (2005) Scott (1986) Paredes (2020)	La imposición de la forma de ser hombre y de ser mujer excluyó distintas representaciones no encuadradas dentro de esos dos géneros dominantes y hegemónicos. El género denuncia las relaciones subordinadas de las mujeres hacia los hombres, como un mecanismo del sistema social en general. Entonces, el género es una categoría relacional que denuncia una injusta y opresora relación que los hombres establecen con las mujeres.

Fuente: Elaboración propia (2022)

* Esta categoría de patriarcado es una generalidad, algunas teóricas feministas le llaman a esta definición como patriarcado universal. Algunas corrientes críticas actuales lo llaman sistema de género, para distanciarse de la occidentalización teórica dentro de los feminismos descoloniales (Espinosa Miñoso 2022)

microelectrónica, la telecomunicación, la robótica y los nuevos materiales. El progreso en tanto potencial de la industria biotecnológica condiciona y transforma el mercado laboral, es decir, a la formación profesional y con ello a la atención, haciendo que las especialidades sean en función de este progreso y reduciendo la formación a un agregado de valor económico durante la producción de conocimiento, es decir el “capitalismo cognitivo” en el mercado laboral odontológico. Reproduciendo con esto más desigualdades e inequidades en salud bucal, este sistema el conocimiento es el principal activo de la industria y su valor estriba en su privatización, bajo figuras como las patentes. La industria desarrolla intereses comerciales que orientan el accionar de la medicina y la odontología privilegiando el movimiento de la economía con los productos de innovación, por ello, la investigación clínica es priorizada sin intervenir sobre los determinantes de las inequidades del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, con efectos sobre el bienestar de las comunidades (Forero 2016). La boca es mercantilizada desde estas esferas, y las bases epistemológicas de la biomedicina se combinan con el neoliberalismo, para entenderla y a su salud, como una mercancía, alejándose de ser entendida como derecho.

Patriarcado

El patriarcado⁵ es un orden jerárquico que configura espacios de poder diferenciados para hombres y mujeres, entrelazando las opresiones que se viven entre diferentes órdenes. El patriarcado se conforma por diversos ejes de relaciones y conte-

5 Esta categoría de patriarcado es una generalidad, algunas teóricas feministas le llaman a esta definición como patriarcado universal. Algunas corrientes críticas actuales lo llaman sistema de género, para distanciarse de la occidentalización teórica dentro de los feminismos descoloniales (Espinosa Miñoso 2022).

nidos culturales que se pueden caracterizar como cualidades generales de este sistema de poder.⁶ Lo anterior describe un orden jerárquico opresivo y derivado de las relaciones de dependencia desigual de otros sujetos sociales sometidos al poder patriarcal. El poder patriarcal es resultado del proceso de colonización en América Latina y el Caribe y se articula con el orden jerárquico de clase y se amalgama con el poder político de cada Estado. ¿A quiénes subordina el patriarcado? Los sujetos de la opresión masculina son: las mujeres, los niños, los ancianos, los homosexuales, los minusválidos (lisados, moribundos, hospitalizados), los obreros, los campesinos, quienes se definen como trabajadores, indios, quienes profesan religiones minoritarias, los analfabetos, los gordos, los chaparros, los oscuros, en síntesis, los sujetos de clases explotadas (Lagarde, 2005). El poder patriarcal es colonial, sexista, etnicista, clasista e imperialista. El patriarcado es entonces, un espacio histórico de poder masculino basado en la opresión de las mujeres que define los perfiles patológicos a través de las construcciones de género, con particularidades históricas y geopolíticas.

Espinosa Miñoso (2022), reflexiona de forma distinta al patriarcado, en un nuevo análisis categorial para entender al género y lo asume como el sistema moderno-colonial de género, analizando la complejidad de diferentes sistemas de opresión que están vinculados a la colonialidad del poder, para pensar de manera más profunda las matrices

6 El antagonismo genérico, aunado a la opresión de las mujeres, el dominio de los hombres y de sus intereses, plasmado en relaciones y formas sociales, en construcciones del mundo, normas y lenguajes, en instituciones y en determinadas opciones de vida para los protagonistas; 2) la escisión del género femenino como producto de la enemistad histórica entre las mujeres, basada en su competencia por los hombres y por ocupar los espacios de vida que le son destinados a partir de la condición y de su situación genérica; 3) el fenómeno cultural del machismo basado tanto en el poder masculino patriarcal, como en la inferiorización y la discriminación de las mujeres producto de su opresión, y en la exaltación de la virilidad opresora y de la femineidad opresiva, constituidos en deberes e identidades compulsivos e ineludibles para hombres y mujeres” (Lagarde, 2005).

de opresión. Critica la visión lineal de la interseccionalidad, por no producir un nuevo tipo de sujeto específico y no ser suficiente ni servir para desarmar a la estructura racista de la “gran teoría feminista”, blanca, hegemónica, burguesa y europea.

La crítica consiste en que esta teoría generaliza el concepto con que se designa a la “mujer”, esta generalización asume como mujeres a todas, universalizando el concepto y excluyendo las particularidades con las que otras mujeres viven las opresiones. La “gran teoría feminista” se constituye sobre una forma dicotómica de entender el género; en la crítica de los feminismos decoloniales, no explicaría de manera adecuada la manera en la que fueron sometidas “las mujeres” de los pueblos no europeos, ni del sur global.

El orden odontológico está subsumido a ideologías mercantilistas y es sostenido por relaciones particulares de poder que configuran formas jerárquicas de ser y practicar la profesión, así como las disciplinas con las cuales convive. Estas estructuras de poder producen violencia, sufrimiento y limitan el desarrollo de capacidades a quienes viven la condición de subordinación. El orden odontológico es la reproducción de estos órdenes jerárquicos: orden por clases sociales, capitalismo, orden étnico, colonialismo, así como orden de género, patriarcado, que marcan la actualidad del campo con cualidades específicas. La imagen del odontólogo aparece así rodeada de cierta benevolencia, justificándose a sí misma su jerarquía de saber y poder ante las personas sujetos de atención. El orden odontológico configura identidades basadas en la superioridad patriarcal, sometiendo y subordinado a las prácticas diversas y subalternidades de salud bucal mediante las desigualdades entre las diversas relaciones que se reproducen como: odontólogo-odontóloga,

profesor-alumna, oftomólogo-paciente, odontólogo-técnico, afirmando así su dominio y consolidación histórica, en tanto reproducción violenta de significados neoliberales, racistas y clasistas de la boca y su salud. Un ejemplo de esta superioridad patriarcal en el orden odontológico es la feminización de la profesión, la gran cantidad de mujeres que estudian odontología en contraste con el número de mujeres que ocupan puestos dirección, de investigación y cargos en los que se tenga incidencia directa en las políticas públicas, entre otros.

Se ha logrado así que el significado extendido y social de la boca lleve la marca de la opresión normalizada. En el orden odontológico se instauran procesos de conocimiento también jerárquicos: la salud bucal está subordinada a la clínica (casi siempre privada), como la única forma de solucionar problemas de salud bucal y como la forma naturalizada de entender de manera mercantilizada y tecnócrata, la atención, el cuidado y la promoción de salud bucal.

El género

El género es una categoría que apareció en la segunda mitad del siglo pasado, su configuración y su legitimidad se da como con otros conceptos políticos que se construyeron gracias a la asociación entre los movimientos sociales y la academia, sentando las bases reflexivas y teóricas que permitían un cambio social. El género es una construcción social que dotó cultural e ideológicamente a las personas para vivir sus procesos de vida y salud, afectando así sus perfiles patológicos. La imposición de la forma de ser hombre y de ser mujer excluyó distintas representaciones no encuadradas dentro de esos dos géneros dominantes y hegemónicos. Para el estudio de los procesos de salud es necesario criticar a esta di-

cotomía y proponer diferentes miradas sobre el género para particularizar su uso metodológico.

El género divide a la humanidad en tan solo dos grandes mitades, hombres y mujeres definiendo también el papel que debe desempeñar cada mitad, dentro de una sociedad y cultura. La forma más general de entender la categoría de género es como un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las referencias que distingue a los sexos y como forma primaria de relaciones significativas de poder (Scott, 1986).

Para Marcela Lagarde la perspectiva de género se construye al interior de las teorías feministas porque éstas se han desarrollado desde la opresión genérica de las mujeres. Con el feminismo, la perspectiva de género se erige como la primera filosofía no-sexista de la sexualidad (1996, p.21). Paredes (2020), define al género como una categoría relacional que siempre está develando la posición de inferioridad asignada por el patriarcado a las mujeres y deja claro que el género no es una categoría descriptiva o atributiva por esencia, ni tampoco, determinista por sí misma. El género denuncia las relaciones subordinadas de las mujeres hacia los hombres, como un mecanismo del sistema social en general. Entonces, el género es una categoría relacional que denuncia una injusta y opresora relación que los hombres establecen con las mujeres para beneficio del sistema de opresiones que es el patriarcado; en la actualidad, Paredes lo denomina patriarcado liberal colonial.

En esta categoría la diferenciación en la que se viven las opresiones dependiendo de si se es mujer u hombre y complejizando junto con los órdenes anteriormente descritos, se vivirán los procesos de salud de forma diferenciada, los procesos de enfermedad de forma diferenciada y los procesos de cuidado de forma diferenciada. Particularmen-

te, en salud bucal, estas formas de opresión se pueden mirar más drásticamente en las formas de atención odontológica y en la formación de profesionales.

Colonialismo

Es un proceso histórico que ocupa territorios, jerarquiza a los grupos sociales, radicaliza y reconfigura los espacios culturales, políticos, e instaura en diversas prácticas el poder de una raza sobre otra. Los gérmenes de la crítica radical hacia el colonialismo podrían explorarse desde una mirada marxista atendiendo a su “Moderna teoría de la colonización” expuesta en el último capítulo del primer tomo de *El Capital*. En la actualidad teórica de la misma raigambre marxista, el colonialismo es sinónimo del poder absoluto que un Estado-nación capitalista ejerce sobre otros territorios. El término colonialismo define un momento histórico concreto: el de la expansión europea desde el siglo XVI. Según Arturo Colorado (1991), el colonialismo es la posesión directa de tierras conquistadas por las potencias industriales, en las que ejercen un control político, económico y social total, y que tiene su desarrollo principal en el último tercio del siglo XX. El colonialismo y el imperialismo permiten ejercer dominio sobre territorios en determinados momentos y espacios históricos. Atendiendo esta definición, el colonialismo no es sinónimo solamente de la expansión europea, sino que se refiere a un fenómeno presente en la historia de la humanidad. Sin embargo, el colonialismo moderno europeo no se puede analizar fuera de sus etapas anteriores, es decir, las Cruzadas, la invasión al continente americano, africano y asiático.

El colonialismo moderno europeo sigue marcando fuertemente nuestra realidad debido a sus diferentes prácticas coloniales que cambiaron el

mundo. La gran diferencia, según la interpretación marxista, es que los colonialismos anteriores al colonialismo moderno europeo eran precapitalistas, mientras que el colonialismo es germen del capitalismo. De este modo, el colonialismo moderno no solo conquistó territorios, bienes y riqueza, sino que implementó un nuevo sistema económico en los territorios conquistados. Evidentemente este fenómeno provocó enormes cambios, no sólo a nivel económico, sino también en el ámbito social y político. En la salud, las marcas del colonialismo se manifiestan en las condiciones de vida a las que se constriñe a poblaciones pobres, indígenas, campesinas, y con ello, la exacerbación de enfermedades bucales que causan dolor, sufrimiento, problemas de alimentación y que en la mayoría de los casos no son atendidos. Una de las relaciones más evidentes del colonialismo en la práctica odontológica se manifiesta en la discriminación y racialización que se ejerce en la atención, así como en la multiplicidad de opresiones que se manifiestan si una paciente es mujer, indígena, pobre, entre otras.

LO MESO

Lo cultural, referido aquí a un grupo o sociedad, son creencias, costumbres, ideas y valores, pero también producciones, objetos e instrumentos materiales que adquieren los individuos o grupos (Thompson, 1993). La ideología consiste en un conjunto de coherencia relativa, de representaciones, valores y creencias, donde los seres humanos expresan la manera en que viven. Bajo este enfoque, podemos entender a la ideología en un proceso de transformaciones de la cultura que no sólo son reales, sino también imaginarias, o siguiendo al teórico marxista Hadjinicolaou (2005): *“la ideología es entonces expresión de las relaciones de los seres humanos con su mundo, la unidad sobredeterminada de su relación real y de*

su relación imaginaria respecto a las condiciones de existencia reales”. La ideología incluye la simbolización, la transposición mítica, el gusto, la moda, y una infinidad de modos de vida dentro y fuera de las cotidianidades.

Para entender la dimensión ideológica cultural de la salud bucal es necesaria la comprensión del núcleo que compone a los significados como estructuras dialécticas que resultan de la acción de los signos, de la semiosis y de procesos de producción de sentido. Los significados tienen referentes y/o significantes distintos que los llenan de contenido y para que puedan lograrse necesitan una serie de códigos compartidos y sistemas de representación, que se explican en la cultura a la que pertenecen.⁷ Los significados pueden estudiarse en una amplia gama de campos culturales y expresan la interpretación de las formas simbólicas que se intersectan en contextos sociales y que circulan como discurso en el mundo social, en donde se establecen y sostienen diversas formas de dominación.⁸ Los discursos hegemónicos en salud se presentan como condición de verdad, y al traducirse en discursos públicos, van configurando en distintos periodos históricos el conocimiento y la práctica educativa y profesional sobre los desafíos de salud-enfermedad bucal. El análisis de los significados puede ayudar a conocer fragmentos, manifestaciones o ausencias de las relaciones económicas, políticas, ideológicas y de poder que imperan en la sociedad. Estos significados determinados por las relaciones sociales existentes y por los contextos económicos y políticos pueden legitimar, cosificar, o reproducir

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

8 Discursos que son entendidos como entidades abstractas resultado de una producción de relaciones sociales de poder, por eso no se reducen a las interacciones que un sujeto que articula significados pues los sujetos están atravesados por un orden discursivo. Por esto el estudio de los significados se conecta con el análisis del discurso. (Van Dijk 2001)

diferentes discursos, pues el individuo produce subjetividades para las realidades de las que forma parte, como la significación de su cuerpo, su boca y su salud.

El Estado y la sociedad

El Estado instituye relaciones de poder; delimitación y reproducción de las clases sociales, organiza las relaciones ideológicas y de la ideología dominante; el Estado es un administrador del orden jerárquico del capitalismo (Breilh, 2010 y 2013).

Debido a la influencia que la mirada biomédica ha ejercido durante siglos sobre la salud, la salud bucal se asocia directamente con las enfermedades bucales, y sus referentes conceptuales—expresados en los documentos de los organismos internacionales y nacionales encargados de su estudio y atención—, la representan como la ausencia de enfermedades. Bajo este sesgo se entiende a la salud bucal en México, lo que se expresa claramente en la práctica clínica, la vigilancia epidemiológica y el diseño de políticas y programas instrumentados por el Estado. En México como en todos los países de América Latina donde se estiman los índices de las enfermedades bucales mediante programas especializados (Secretaría de Salud, 2019), la importancia que se da a la salud bucal es mínima, dado que la profesión nace siendo liberal y con ello, ligada a la mercantilización de su práctica e integrándose a los servicios públicos de salud después de los años 40's cubriendo aspectos de atención básica y sin desarrollo alguno de una política que fomentara su integración a un enfoque público.

La práctica odontológica en México expresa muchas de las notas del neoliberalismo como la forma individualizada de entender a la salud y responsabilizar a los pacientes de sus enfermedades.

Los pacientes se convierten en consumidores y el acceso a los servicios de salud dental se ve limitado por dinámicas mercantilizadas en las que el Estado no tiene mayor injerencia. De poco sirve reconocer que la salud bucal es parte fundamental de la salud integral (en ella se encuentran los significados de la boca y del cuerpo), si no se traduce en la transformación del campo odontológico, empezando por el reconocimiento de los vacíos teórico-prácticos que se sostienen en la formación y en la práctica de los profesionales, en los abordajes epidemiológicos y en políticas públicas en esta materia. La necesidad de la odontología (educativa y de salud) en México no es prioridad para el Estado, no está contemplada como una prioridad en las políticas de salud, ni es parte de las acciones básicas de sus servicios, por lo que el modelo de atención odontológica privada, limitada a la restauración y sin enfoques multi, se fortalece con la omisión histórica por parte del Estado Mexicano (Tabla 2).

Discurso

“El discurso es ese conjunto regular de hechos lingüísticos en determinado nivel y polémicos y estratégicos en otros” (Foucault, 2016). El poder produce positivamente sujetos, discursos, verdades, saberes, realidades que logran penetrar todos los nexos sociales, razón por la cual no está localizado, sino en multiplicidad de redes de poder en constante transformación, las cuales se conectan e interrelacionan (Foucault, 1999, 2002). Bajo esta comprensión política y estructural de lo social del discurso, podemos entender a la salud como un sistema complejo biocultural en el cual existe poder que genera diferentes discursos y que tiene diferentes niveles de análisis. Su correspondencia con las prácticas en salud se da de formas variadas y al ser parte de una estructura capitalista y

Tabla 2. Nivel meso teórico de complejidad para estudiar a la salud

Concepto	Definición
Dominio ideológico, económico y político Dominio ideológico-cultural. C. Marx (1968), J. Osorio (2001). (Thompson, (1993), Hadjinicolaou (2005).	Lo cultural: creencias, costumbres, ideas y valores, pero también producciones, objetos e instrumentos materiales que adquieren los individuos o grupos. Relaciones de los grupos con la naturaleza y el producto de ellas. La ideología: conjunto de coherencia relativa de representaciones, valores y creencias, una donde los seres humanos expresan la manera en que viven. Formas de pensar e interpretar su cultura.
Estado y sociedad y poder N. Poulantzas (2005)	El estado instituye relaciones de producción; delimitación-reproducción de las clases sociales. Organización de las relaciones ideológicas y de la ideología dominante
Ideología J.B Thomson (2002)	Formas simbólicas que se insertan en relaciones de poder. Estudiar la ideología es estudiar las maneras en las que el significado sirve para establecer y sostener relaciones de dominación.
Discurso ideológico T. A Vandick(1996)	<ul style="list-style-type: none"> •Discurso del estado constituido en técnicas políticas, (políticas públicas al poder del estado que penetra los dominios de consumo colectivo, transporte vivienda, seguridad social, ocio). •Análisis de los poderes ideológicos-simbólicos materializados en las producciones, casas, centros culturales.
Poder político, Discurso y Poder. Poulantzas (2005) M. Foucault (2016) y Deleuze (1975)	<ul style="list-style-type: none"> •Todo proceso discursivo es un producto de una red compleja de relaciones sociales de poder •Poder político en el capitalismo (más allá del Estado)

Fuente: Elaboración propia (2022).

patriarcal, encarna también disputas económicas, políticas y culturales del momento civilizatorio.

Para estos discursos la estructura de poder se oculta, por ello es crucial generar una compren-

sión dialéctica, en tanto que ésta permite desocultar el desarrollo de los mercados instaurados en todas las esferas de la producción y del consumo, procesos que a su vez transforman y deforman al cuerpo humano, en uno de los símbolos de mo-

delación para cumplir con las exigencias sociales de la modernidad capitalista⁹. La conexión teórica entre la crítica a las formas simbólicas, con el análisis del discurso es que no existe significado si no se encuentra en el contexto de un discurso específico. Para algunos las formas simbólicas constituyen ya una forma ideológica que encierra razones de poder. Para Foucault el discurso no es un objeto concreto que se pueda aprender por instinto, es una categoría abstracta, resultado de una producción, no se reduce a una realización simple de la lengua. Se asume entonces que todo proceso discursivo es producto de una red compleja de relaciones sociales de poder (Foucault, 2016). Tampoco se reduce a las intenciones de un sujeto que articula significados; el sujeto no produce sentido mediante la combinación de unidades lingüísticas dotadas de un significado estable, ya que él mismo está atravesado por el orden discursivo donde se haya ubicado y desde el cual enuncia.

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

No sólo los sujetos sino también los objetos, son constituidos por los discursos. Esta condición de sujetos y objetos está articulada con las relaciones

⁹ La idea del discurso antes descrita, es retomada por Foucault, el discurso se relaciona con la formación discursiva: grupo de enunciados que pertenecen a una regularidad en un sistema de dispersión entre un número de enunciados. Los elementos de una formación discursiva son objetos, modalidades de discusión y selecciones temáticas. Los problemas cruciales son los objetos y los sujetos del discurso. Los objetos no son referentes materiales, no son anteriores, sino que forman parte del discurso mismo, en una palabra, el discurso en su propia práctica constituye sus objetos. (Foucault, 2016).

de poder y control: el poder se halla presente en cada discurso y, a su vez, cada discurso es un mecanismo de control.

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

El sujeto no se refiere a una categoría de persona o individuo particular sino sólo a una posición. La actividad discursiva está sustentada y construida por un sistema de mecanismos institucionalizados y de posiciones diferentes asignadas al sujeto en el discurso. El discurso no es expresión de un sujeto, sino el lugar de su dispersión es el sistema en el cual se registra la discontinuidad del sujeto. El aspecto central son las relaciones entre el discurso y el poder: las prácticas discursivas poseen reglas específicas que subyacen a la formación de los discursos, los cuales están ligados al ejercicio del poder.

En cada sociedad la producción del discurso está controlada por cierto número de procedimientos. Entre ellos se encuentran los que operan fuera del discurso y que son exclusión, prohibición, división y distinción entre lo verdadero y lo falso; y

los que operan desde dentro, como el principio del comentario del autor, la disciplina. Tenemos así una comprensión del lenguaje y los significados en un entramado de conflictos y de escenarios de poder que les marca el discurso al que pertenezcan (Foucault, 2016).

Los discursos que integran las políticas de salud pública en América Latina y el Caribe, son un acumulado de significados que representan a la biomedicina. Entienden a la salud como una dicotomía y no como un proceso, responden a la salud pública funcionalista, están marcados por las tesis del desarrollo. Por otra parte, no consideran la complejidad de opresión que viven ciertos grupos, ignoran la posibilidad de otros saberes en salud bucal y se manifiestan como las formas más avanzadas de solucionar los problemas de salud bucal. Entender este discurso y profundizar en él, ayuda a visualizar sus carencias operativas.

Es por eso que esta categoría nos ayuda a entender como los significados de la boca y su salud configuran formas que excluyen e incluyen en conveniencia y omisión a las políticas y prácticas en salud en el campo sanitario.

Poder

Para Foucault (2013), el poder es una relación asimétrica que está constituida por dos componentes: la autoridad y la obediencia, produce positivamente sujetos, discursos, verdades, saberes, realidades que penetran los nexos sociales, se localiza en multiplicidad de redes de poder en constante transformación, las cuales se conectan e interrelacionan (Foucault, 1999, 2002). Es una situación estratégica que se da en una determinada sociedad: el poder incita, suscita y produce. En la formación del poder están dos elementos, los cuales son interdependientes, los dominados y los

dominantes, que más que poseer el poder lo ejercen, ya que éste no se puede adquirir, compartir ni perder, debido a que no es un elemento físico. El poder no está localizado, en efecto, es un conjunto que invade todas las relaciones sociales.

El poder no se subordina a las estructuras económicas, no actúa por represión sino por normalización, por lo cual no se limita a la exclusión ni a la prohibición, ni se expresa ni está prioritariamente en la ley. *“El discurso es ese conjunto regular de hechos lingüísticos en determinado nivel y polémicos y estratégicos en otros”* (Foucault, 1994b). En la práctica odontológica mercantilizada se simbolizan y ejercen una amplia gama de relaciones de poder, representaciones y significados culturales (Rocha 2008), por ejemplo, la idea de que los dientes alineados e hiper blancos es sinónimo de salud, esta visión simbólica, descalifica a cualquiera que no tenga dicha cualidad como insano, pobre, descuidado. Así mismo, como la idea de que una “boca bella”, sólo pertenece a ciertos grupos de las clases dominantes. También, que las personas se vuelvan consumidores de productos de higiene bucal sin que esto se refleje en mejores condiciones de salud bucal (Santos-Madrigal, 2021), esto hace que la salud quede reducida a significados de ausencia de enfermedad y sinónimo de belleza, buena presencia e imagen, con altos costos y gastos para los grupos (Jiménez-Gayosso et al., 2015).

La boca de las personas encarna también su dignidad y la posibilidad de desarrollar sus capacidades expresivas y transformadoras. Las personas viven sus procesos de salud-enfermedad sin separar su cuerpo, sus prácticas y su sentir. Esta materialidad del padecer, de ser cuerpos vulnerables, pero dignos, convoca a una epistemología de la salud compleja en tanto que se juega una responsabilidad ética del sujeto de investigación,

y de una vocación de transformación sistémica en salud (como principio básico de cualquier medicina). Desde esta mirada, la epistemología permite incluir no sólo la justificación del conocimiento del objeto, como si se tratara de una ciencia positiva, sino de un reconocimiento de ser sujetos epistémicos y materiales, en entramados políticos y económicos de poder y conflicto, en sistemas y totalidades por desocultar.

Entender la realidad de manera compleja es entender la profundidad de las relaciones sociales, que están determinadas por los órdenes jerárquicos, que son resultados de procesos históricos. Bajo esta abstracción podemos preguntarnos: ¿Cómo, los seres sociales pertenecientes a una sociedad condicionada pueden pensar y significar su vida, su salud y sus enfermedades? ¿Quiénes y cómo detentan el poder que condiciona los significados de la salud y la enfermedad?

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

LO MICRO

La dimensión micro está configurada a través de las categorías conceptuales particulares de las

cuales se desarrollan en nuestro caso consideramos a las instituciones de salud: políticas públicas, prácticas odontológicas, a través del estudio de los significados. La problematización de la salud bucal se realizó a través de cinco elementos: las políticas públicas de salud bucal de México, sus sistemas de atención, las condiciones de salud bucal en el país, la práctica odontológica y las necesidades en salud bucal. Todo ello, atravesado por los significados en salud bucal (Figura 1).

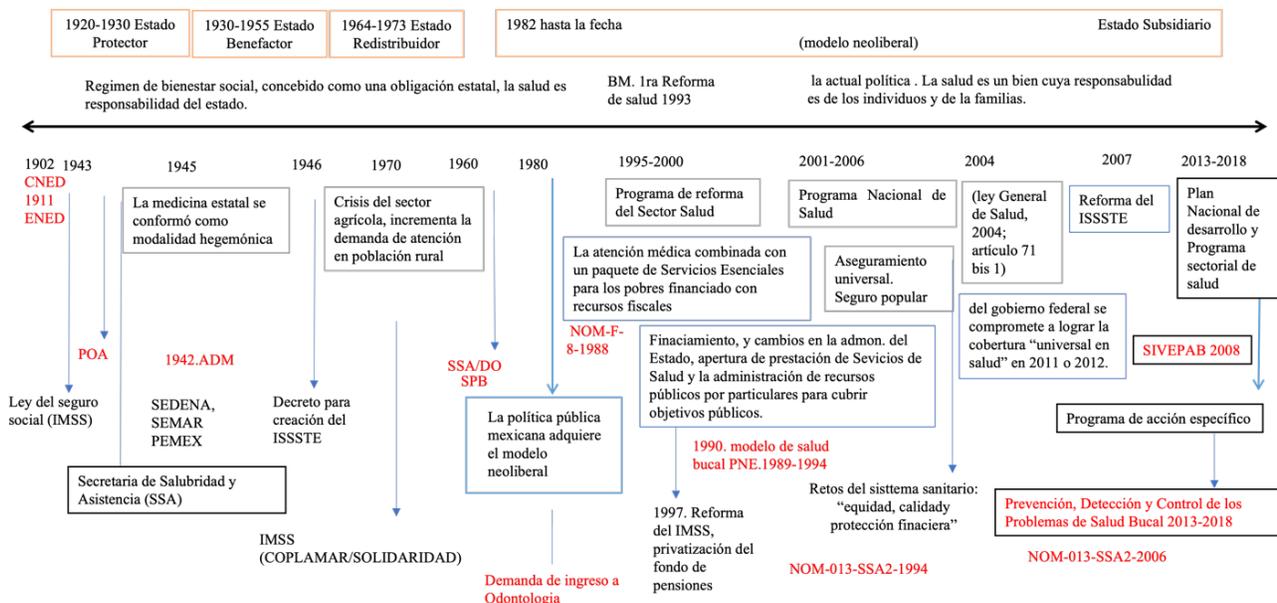
Las instituciones de salud

Las políticas públicas se materializan también mediante las instituciones de salud.¹⁰ El sistema de salud mexicano se configura históricamente por tres subsistemas de atención: el de seguridad social, ligado al empleo formal; los servicios para población “abierta”; y el sector privado.

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

¹⁰ Las instituciones que participan en la formulación de la política pública en materia de salud bucal son los siguientes actores: el Consejo de Salud General, la Secretaría de Salud, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la Organización Panamericana de la Salud, la Universidad Nacional Autónoma de México (como parte de ella la Facultad de Odontología, la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala), la Universidad Autónoma Metropolitana, el Instituto Politécnico Nacional, la Secretaría de la Defensa Nacional, y la Secretaría de Marina Armada de México. Entre las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el campo de la práctica odontológica y que tienen alguna influencia en la formulación de políticas públicas se encuentran: la Asociación Dental Mexicana, la Comisión de Asesoría Legal Odontológica, el Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas, A.C., el Grupo de Estudios y Superación Odontológica, A.C., la Asociación Mexicana de Ortodoncia, la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología, el Consejo Empresarial Dental Mexicano, la Agrupación Mexicana de la Industria y el Comercio Dental, A.C., y el Grupo de Estudios y Superación Odontológica, A.C.

Figura 1. La políticas y modelos de atención en salud bucal, antecedentes socio históricos y políticos en México.



Fuente: Elaboración propia (2021)

reduccionista del Derecho a la Protección de la Salud, que promueve activamente la conformación de mercados capitalistas de servicios médicos (López-Arellano y Blanco-Gil, 2001).

La atención odontológica en México se da a través del Sistema Nacional de Salud, que es público, y el sistema de atención privada. El primero ofrece, como consulta odontológica no especializada, en su primer nivel de atención, cuidados considerados básicos como la orientación en prevención y restauraciones simples. Los tratamientos simples consisten en recomendaciones en educación para la salud bucal, técnica de cepillado, uso de hilo dental, profilaxis dental y rehabilitación de lesiones cariosas no complejas con amalgama, resina o ionómero de vidrio y extracciones. Su calidad depende de cada programa, de la disponibilidad

de odontólogos por unidad y de los insumos disponibles (Secretaría de Salud, 2019).

Para el caso de los sistemas de atención privada, los usuarios de estos servicios se ven obligados a tratamientos complejos que son intervenciones como la terapia de conductos (endodoncia), rehabilitación protésica, parcial o total, fija o removible, cirugía, tratamiento para enfermedad periodontal, y tratamientos especializados como ortodoncia, implantología y cuidados altamente estéticos. En la mayoría de los casos este es el primer lugar en la búsqueda de atención, su acceso depende de la capacidad de pago de las personas, dejando así a una gran parte de las necesidades en salud bucal sin satisfacer y otorgando al mercado la "solución" en la atención de las enfermedades bucales, donde la boca es una mercancía (Forero 2016). Los propios trabajadores del sector públi-

co saben que sus posibilidades económicas son mayores en un campo privado donde pueden negociar con la capacidad de pago de las personas y por eso, en muchos casos, combinan las consultas privada y pública para obtener mayor ganancia.

Entendidas como programas de acciones, representan la realización de decisiones, el medio usado por el Estado en su voluntad de modificar comportamientos mediante el establecimiento de reglas del juego en materia de salud bucal. En todos los casos, sin embargo, se refleja la noción dominante de salud, su significado en relación con la vida humana y el papel que ambos fenómenos juegan en los intereses de clase. En el Estado neoliberal estas políticas adquieren un carácter mercantil en relación con los sistemas de salud. Es posible ver el reflejo de los significados que se tienen de la boca y la salud bucal como imperativos dominantes que configuran el conocimiento y la práctica de los profesionales de la atención odontológica.

La práctica odontológica

Se define como el ejercicio terapéutico y de promoción de la salud que ejercen los odontólogos en instituciones públicas y privadas. En una perspectiva histórica, la Práctica Odontológica (PO), se afirma a lo largo del siglo XX desde un enfoque liberal, mayoritariamente privado, curativo y restaurativo (PAE, 2018). En 1943, México se integra al sistema de Salud Público, generando asalariados del Estado, en ese mismo año surge la Asociación Dental Mexicana (ADM), como evidencia de la consolidación de un campo privado de esta práctica clínica. En 1980 la PO se vuelve un mercado profesional odontológico gobernado por la oferta exagerada, y la demanda insatisfecha de atención pública y privada. Muy pocas políticas públicas emergieron en ese periodo neo-

liberal, en México, en 1988 se establece la Norma Oficial Mexicana NOM-F-8-1988 que refiere a la fluorización de la sal; entre los años 1993 y 1994, mediante la NOM-013-SSA2-1994, se establecen criterios para la prevención y control de las enfermedades bucales. La PO adquiere rasgos neoliberales en la década de los 1990, cuando se instauro en México el principio de que la salud es responsabilidad de los individuos y de las familias, no del Estado.

Para los años 2000 y 2001, la OMS promueve las metas en salud bucal y por ello en México se realiza la Encuesta Nacional de Caries Dental. Entre los años 2001 y 2006 se plantea el Programa de Acción en Salud Bucal, en el marco de la Política Nacional de Salud. No es sino hasta 2008 cuando se crea el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles (SIVEPAB), y a partir del 2006 funciona el Plan Nacional de Salud Bucal y su Programa de Acción Específico, a pesar de ello, éstas no se han vinculado a las políticas públicas. (Tabla 3)

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

La práctica odontológica consiste en las actividades que realizan los profesionales de la atención odontológica para diagnosticar, llevar a cabo tratamientos terapéuticos y practicar la promoción de la salud. Tiene dos campos: la formación y la

práctica clínica. La primera se refiere a los procesos centrados en las instituciones académicas para la formación, capacitación, actualización y reclutamiento de las personas (este campo comprende, de manera destacada, al sistema educativo). La práctica clínica, se refiere a las actividades que realizan las personas formadas en el campo odontológico, en el espacio laboral y profesional como parte de su actuar cotidiano en salud (Jariño y Guinsberg, 2007). En esta práctica se simbolizan una cantidad importante de relaciones de poder, representaciones y significados culturales (Foucault et al., 2016).

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

A pesar de que la práctica y la profesión odontológica han detentado un poder único y exclusivo para entender el comportamiento de las enfermedades bucales, lo han hecho sin captar la complejidad social de estos problemas de salud —y, por lo tanto, otros significados—, por lo que su respuesta ha quedado limitada a evitar dolor, sufrimiento y rehabilitar el daño, convirtiendo la intervención en salud en objeto de mercantilización, generando un rezago en la atención y propiciando que las personas se vuelvan consumidoras de productos de higiene dental basados en estándares de belleza establecidos desde otros medio, sin que esto genere en mejores condiciones de salud.

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

La enseñanza de la odontología que se realiza actualmente en más de 120 instituciones en México generalmente sigue programas académicos que buscan reforzar el modelo dominante de la práctica odontológica biomedicalizada y centrada en la atención curativa (López-Cámara, 2013). La mayoría de estas escuelas son privadas y tienen al lucro como uno de sus objetivos. En general, las escuelas, incluidas las públicas, son las que orientan el modo de funcionar de la práctica de la profesión y reproducen el modelo biomédico y neoliberal (Menéndez, 2005)¹¹. Forman egresados con conocimientos y habilidades que responden a las necesidades mercantiles, limitándose a

¹¹ En México, a mediados del siglo XX, pocos profesionales se ocupaban de los problemas de salud más apremiantes del país; la naciente seguridad social instituida mediante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), prestaba en sus unidades aplicativas un servicio dental limitado y centrado en el modelo latente aún de la reparación y restauración abstracta.

realizar odontología restauradora, sin fomentar el desarrollo de conocimientos que les permitan incidir en las necesidades de salud bucal.

Los significados del cuerpo, de la boca y de la salud bucal, parecen seguir el orden odontológico que excluye las manifestaciones y necesidades no solo biológicas sino sociales como la aceptación de un grupo identitario, el desarrollo de la sexualidad, la representación en los procesos laborales, etcétera, de una amplia diversidad de sujetos y colectivos (Clavreul, 1978). Esto genera que las poblaciones con más desigualdades en sus perfiles de enfermedades bucales y de atención, no aparezcan como actores importantes en los objetivos de la formación profesional y tampoco en el diseño de políticas públicas.

De 1970 a 2012 se incorporaron al mercado laboral aproximadamente 10 mil nuevos graduados de odontología, sumándose a los más de 150 mil existentes, los cuales se concentran mayoritariamente en el centro del país, específicamente en la capital y en otras ciudades cercanas. Para ese periodo se contabilizaron un odontólogo por cada 10 mil habitantes (Novelo-Arana et al., 2013), cuando la OMS recomienda uno por cada 3 mil quinientos habitantes.

El aumento del número de odontólogos por año favorece el desarrollo empresarial comercial de la práctica profesional y aumenta las desigualdades en las condiciones laborales del profesional porque las políticas públicas no tienen relación con la demanda, las necesidades, ni las condiciones de la población. Los pacientes y las poblaciones sujeto de atención, especialmente las que viven con más desigualdades, sufren las múltiples dificultades de acceso espacial a la atención, el aumento de costos de los servicios y, la pérdida de

autonomía del profesional; esta situación ocurre en Colombia, en México en América Latina y en distintos países del mundo (Morales, 2021).

La formación y la oferta de servicios odontológicos (López y Lara 2002) se ha incrementado, pero sin considerar el número de profesionales que se requieren para enfrentar las necesidades en salud bucal a diferentes contextos más allá del centro y de la esfera privada, donde habita la mayoría de la población, con menos recursos y con urgentes necesidades de atención (López Cámara, 1999). Al describir y analizar los modelos utilizados en México para la evaluación de programas de licenciatura en Odontología, López Cámara (2003), encontró que las recomendaciones no han sido de utilidad para mejorar los perfiles de salud bucal de la población mexicana. La enseñanza odontológica en México sigue una tendencia a mantener una enseñanza poco flexible, métodos educativos tradicionales y falta de formación pedagógica de sus profesores.

Es importante considerar, para la política pública, las relaciones y brechas entre la oferta y la demanda de dentistas en el país, pues alrededor de 10 mil se gradúan cada año buscando un lugar en el mercado laboral¹². Dicho aumento en el número de dentistas, está más relacionado con el mercado educativo que con las necesidades de salud de la población y el número de dentistas requeridos para satisfacerlas (González-Robledo et al., 2012).

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

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

La predominancia de la atención bucal privada responde a una distribución desigual y no regulada de la profesión, lo cual es el efecto de paradigmas epistemológicos e institucionales. En más de un siglo de su ejercicio, la sociedad ha financiado la educación pública de estos especialistas a través del Estado, que con un paradigma biologicista y con muy pocas reflexiones acerca de las determinantes sociales de los procesos de la salud/enfermedad bucal, han ejercido su profesión de manera desarticulada con las necesidades concretas de atención para poblaciones que padecen enfermedades bucales prevenibles y azoradas por círculos laborales de explotación, precarización de ingresos recibidos y la jerarquización de los gastos (Medina-Solís et al., 2006) (Tabla 4).

Los significados

El significado es una categoría concreta, resultado de múltiples determinaciones en todos los niveles de teorización. Se compone de estructuras dialécticas que resultan de la acción de los signos, de semiosis y de procesos de producción de sentido. Los significados tienen referentes y/o significantes distintos, se realizan a través de códigos compartidos y sistemas de representación, que se

explican en la cultura a la que pertenecen. También establecen y sostienen relaciones de dominación; establecer es crear e instituir significado de manera activa a las relaciones de dominación, sostener es mantener y producir significado que sirve a las relaciones de dominación (Toledo y Sequera, 2014, Hall, 1997; Thompson, 1993).

En este trabajo se asume a la salud —en sus niveles ontológico y epistemológico— como un proceso complejo y multidimensional al que denominamos *proceso salud-enfermedad-atención-cuidado*¹³. Este proceso está determinado socialmente y tiene explicaciones a escala económica, política e ideológico-cultural, lo que se relaciona con los significados que se dan a la salud en las diferentes dimensiones y grupos. Es en la dimensión ideológico-cultural donde se finca el presente estudio, pues en este nivel es donde los significados surgen, se expresan y pueden estudiarse.

¿Cómo se relaciona este abordaje de las ideologías con el análisis de la práctica odontológica? Al analizar los estudios de salud bucal se observa que la inmensa mayoría, contradictoriamente, se enfocan en la solución de enfermedades bucales, cerrando la visualización de los escenarios de fondo. Poco se conoce respecto a qué piensan las personas acerca de lo que es vivir con una boca sana, sin dolor durante su vida y con dientes hasta la vejez. ¿Qué significados operan en las decisiones de los sujetos, los barrios, las comunidades? ¿Cómo se relacionan sus prácticas con las estructuras de opresión social? Este trabajo busca

¹³ El proceso salud-enfermedad-atención-cuidado es un proceso que corresponde a todas las sociedades y conjuntos sociales. (Laurell, 1986). Es histórico y tiene como dimensiones de desarrollo y estudio las dimensiones políticas, económica, e ideológico-cultural. La salud-enfermedad-atención-cuidado es un proceso presente en todas las sociedades. Es de carácter histórico y se manifiesta de manera diferente en los grupos sociales que conforman cada sociedad. Posee por lo menos las dimensiones: política, económica e ideológico-cultural.

contribuir a la exposición de las relaciones sociales que operan históricamente, y en las diversas determinaciones que contribuyen a este proceso de salud-enfermedad bucal. Entender cómo se da este proceso con una perspectiva desde la salud colectiva, y con miras a promover que los profesionales de la odontología acompañen su práctica con acciones orientadas a mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, individuales y colectivas, que resultan afectadas en el transcurso de una enfermedad bucal, en las luchas cotidianas en el capitalismo neoliberal y patriarcal. Entender la realidad como social, significa que las relaciones sociales humanas ocurren en una base material dada y ligada a los modos en que se producen los bienes materiales.

Bajo esta abstracción podemos preguntarnos: ¿Cómo, los seres sociales pertenecientes a una sociedad condicionada pueden pensar y significar su vida, su salud y sus enfermedades? ¿Quiénes y cómo detentan el poder que condiciona los significados de la salud y la enfermedad? ¿Cómo ocurre todo lo anterior en el contexto del capitalismo dependiente de México?

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

determinan las prácticas sociales, económicas y políticas.

La boca toma significados diversos según quien la valore y cómo lo haga en cierto momento histórico. Para el orden médico tendrá un significado biológico dominante pues hablar del cuerpo en las sociedades occidentales contemporáneas significa referirse al saber anatómico-fisiológico en el que se apoya la medicina moderna (Le Breton, 2004). En el orden odontológico la boca queda en la oscuridad o el trasfondo histórico, irrelevante como cualquier otro sistema que pudiera cuestionar el sentido de la intervención médica-odontológica. La boca adquiere importancia en cuanto se hace presente, cuando hay dolor, pero también cuando existe una retribución monetaria por el restablecimiento de su salud y, actualmente, cuando se convierte en vehículo de las relaciones sociales sistémicas.

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

La boca es objetividad y subjetividad, poco abordada por la epistemología que domina el campo odontológico. La semiótica describe procesos de comunicación no en términos de intercambio de mensajes, sino en términos de producción de sentido, de acción de los signos, de semiosis, de procesos de producción de significado, de sistemas de significación, de procesos culturales o de intercambios simbólicos, todo lo cual parece expandir el espacio de pertinencia no sólo del objeto “comunicación” sino de su naturaleza ontológica,

epistemológica y fenoménica. Es decir, desde el punto de vista semiótico, la comunicación no sólo aparece como la emisión y recepción de mensajes y tampoco aparece necesariamente vinculada a los medios de comunicación de masas, sino que aparece como algo más, como un elemento constructivo y generador de estructuralidad tanto a nivel biológico como a nivel social (Vidales Gonzáles, 2009).

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

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

Así como hay objetos en el mundo, hay términos para designarlos, sin embargo, los nombres con los que se designan los objetos no son siempre los mismos. En consecuencia, comprender un fenómeno a través del análisis de su significado implica revelar sus partes, diseccionar sus componentes simbólicos. Partimos de la premisa de que los

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

Nuestro objeto de estudio es la boca (como signo), pero siempre como parte del cuerpo que cumple funciones distintas¹⁴. Es boca con el cuerpo, y sus significados serán las diferentes cosas que se piensan de ella, y tendrán diferentes connotaciones en función del grupo social o el campo de conocimiento que lo explique¹⁵.

En este marco el lenguaje es un sistema de signos¹⁶, no sólo de palabras habladas, también de palabras escritas, pinturas, fotografías. Éstas funcionan como signos sólo si sirven para expresar o comunicar ideas y para ello formar parte de un sistema de convenciones, por eso los objetos ma-

14 La semiótica trabaja, desde hace poco menos de un siglo, en la construcción de las herramientas teórico-epistemológicas que le permitan explicar la cultura en su totalidad como un acto de comunicación, como fundamento de la acción social e individual de semiosis infinita que es el intercambio humano de signos. (Toledo y Sequera 2014)

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

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

teriales pueden funcionar como signos y comunicar sentidos y significados. Lo que los constructivistas reconocen con la teoría de Saussure (1965), es la forma de caracterizar el signo en función de dos elementos fundamentales: el significante y al segundo —el correspondiente concepto que el significante desencadenó en tu cabeza— lo significado. Cada vez que oímos o leemos, o vemos el significante (e. g. la palabra o imagen de una boca bonita, por ejemplo), hay una correlación con lo significado.

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

Conclusiones

Esta aproximación teórica puede ser útil para estudiar el proceso-salud-enfermedad-atención cuidado en múltiples aspectos, no solo de la salud bucal, sino en cualquier otro fenómeno de la salud. La aproximación teórico-metodológica crítica para abordar la salud bucal donde se propone

los órdenes jerárquicos y de poder que interactúan en las realidades de los modos de vivir de los grupos. Así mismo, se propone complejizar en niveles macro, meso y micro para mirar particularmente el problema de la salud bucal en México. De manera general entendemos que el desarrollo del capitalismo en cada territorio, la forma en que se colonizó y se desarrolló la colonialidad y la forma en la que se presenta el patriarcado y/o los patriarcados diferenciados, son formas que estructuralmente de finen nuestros procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. El análisis de lo macro se realiza alrededor de estos tres órdenes de la comprensión que dan lugar a estudiar la realidad mediante niveles, en este trabajo se propone como segundo nivel, lo meso, en donde miramos la formación social en México, su capitalismo dependiente y con ello identificamos el Estado y su política pública en donde se observa el significado de la salud como un significado biomédico e individualizado. Así mismo, se propone un nivel micro en donde se identifican las instituciones de salud y con ello, a los actores que influyen en la práctica y atención odontológica. En este nivel, se observa la reproducción de los órdenes jerárquicos de producción en las prácticas en salud.

En cuanto al análisis del significado, este se propone como una herramienta teórico metodológica de la salud colectiva y del giro hermenéutico con herramientas antropológicas y a los significantes como dispositivos que hacen ser al objeto, otorgándole su carácter multívoco e histórico. Así mismo, el análisis de los significados dentro de los discursos en torno a la salud bucal, muestra la estructura y la lógica de las articulaciones discursivas y cómo estas posibilitan la formación de convenciones sobre la salud bucal en el contexto neoliberal. Podemos afirmar una noción del discurso que incluye aquí tanto prácticas sociales y políticas, como instituciones y organizaciones; de

Tabla 4. Nivel micro teórico de complejidad para estudiar a la salud.

Concepto	Definición
Política pública C. Tetelboin O.Oslak (1980) M. Testa (2007)	Las políticas públicas como instrumentos de poder, En materia de salud buscarán disminuir las brechas en salud. Integra nociones de salud, vida humana, pero también intereses de poder local y supranacional. En el estado neoliberal: carácter mercantil
Instituciones de salud Secretaría de salud (2019)	Lugares donde se actualizan diferentes niveles de atención médica, clínicas, hospitales, centros de salud.
Práctica odontológica Morares Borrero (2021)	Es el ejercicio terapéutico y de promoción de salud que ejercen los odontólogos en instituciones públicas y privadas
Sujetos de atención odontológica	Personas que acuden a la atención médica-odontológica a los servicios de salud públicos
El significado es una categoría concreta, pues es el resultado de múltiples determinaciones en todos los niveles de teorización. Ecco (2000) Toledo y Sequera (2014) Hall (1997) Thompson (1993)	<ul style="list-style-type: none"> •Construcción semiótica del significado: •Estructuras dialécticas que resultan de la acción de los signos, de semiosis y de procesos de producción de sentido. •Significados tienen referentes y/o significantes distintos •Se realizan a través de códigos compartidos y sistemas de representación, que se explican en la cultura a la que pertenecen. •Establecen y sostienen relaciones de dominación, establecer es crear e instituir significado de manera activa las relaciones de dominación, sostener es mantener y producir significado que sirve a las relaciones de dominación •Formas simbólicas que legitiman, simulan, unifican, fragmentan y cosifican las prácticas de los sujetos.

Fuente: Elaboración propia (2022)

tal modo que en el análisis del discurso se identifican algunos elementos que estructuran a los significados y las conductas en donde se observan las relaciones de poder racistas, clasistas y sexistas. El análisis de los significados permite conocer partes, fragmentos, manifestaciones o ausencias de las relaciones económicas, políticas, ideológicas y de poder que imperan en la sociedad. Estos significados pueden legitimar, cosificar, o reproducir diferentes discursos, pues el individuo produce subjetividades para las realidades de las que

forma parte, como la significación de su cuerpo, su boca y su salud.

El estudio de los procesos de salud-enfermedad-cuidado desde el enfoque planteado en este trabajo invita a las personas profesionales de la salud a profundizar en el conocimiento e integración de un marco teórico-metodológico que amplíe sus miradas y les permita hacerse nuevas preguntas.

La aproximación que hacemos, es también para invitar a usar estas categorías y estos conceptos como herramientas necesarias y útiles para problematizar en el trabajo que realizan en investigación y docencia, pero también para reflexionar en el lugar que ocupan dentro del campo de la salud. Entender la determinación social de la salud en la complejidad de las relaciones de poder sin duda va a generar una mirada y una práctica distinta.

Por eso proponemos que los significados pueden estudiarse en una amplia gama de campos culturales y expresan la interpretación de las formas simbólicas que se intersectan en contextos sociales y que circulan como discurso en el mundo social, en donde se establecen y sostienen formas de dominación, significados que están instaura-

dos dentro de los discursos en salud, el discurso dominante de la salud ha sustentado un carácter científico y como experto su conocimiento como condición de verdad, como la única forma de mirar y operar el campo sanitario, que al convertirse en discursos públicos construidos y legitimados en distintos periodos históricos, configuraron el conocimiento y la práctica educativa y profesional, que hoy siguen imperando y dándole dirección a las políticas y prácticas en salud.

Es necesario interpelar y proponer a través del pensamiento crítico nuevas miradas, que apunten a responder a los desafíos de los procesos de salud en cualquier campo y particularmente en el campo de la salud bucal.

Referencias bibliográficas

- ABADÍA, B. (2006). “Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral”, *Acta bioética*, 12(1), 9–22.
- AMIN, S. (1984). “El intercambio desigual”, *Planeta*, Barcelona, España.
- AMIN, S. (1974). “Capitalismo periférico y comercio internacional”, *Ediciones Periferia*.
- BAMBIRRA, V. (1976). “El capitalismo dependiente latinoamericano”. (3a ed.). *Siglo XXI*.
- BASILE, G., FEO ISTÚIZ, O. (2022). Hacia una epistemología de refundación de los sistemas de salud en el siglo XXI: aportes para la descolonización de teorías, políticas y prácticas. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 40(2), e349879. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e349879>
- BREILH, J. (2013). “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27.
- En: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>
- BREILH, J. (2010). Las tres ‘S’ de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En Passos Nogueira, Roberto, ed. *Determinacao social da saúde e reforma sanitária*. Río de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 200 p.
- CLAVREUL, J. (1978). “El orden médico”, *Argot*, Compañía del Libro.
- ECO, U. (2000). “Tratado de semiótica general”, *Lumen*, Barcelona.
- ESPINOSA, M. (2017). “Textos seleccionados”, *En la frontera*, Bogotá, Colombia.
- ESPOSITO, R. (2005). “Immunitas: Protección y negación de la vida”, *Amorrortu Editores*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=316373>
- FORERO, M. (2016). “Complejo Médico Industrial en Odontología: Un caso de estudio sobre implan-

- tología dental en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional, desde la Salud Colectiva”, Tesis presentada el 2016 en la Universidad Nacional de Colombia. 83.
- FOUCAULT, M. (2016). “El orden del discurso” (Centro de Investigaciones y Estudios de Género P 302 F67; 1a edición), *Tusquets Editores*.
- FOUCAULT, M. (2002). “Defender la sociedad”, *Fondo de Cultura Económica*. Ciudad de México, México.
- FOUCAULT, M. (2013). “La arqueología del saber”. *Siglo XXI*. México.
- FOUCAULT, M. (1999) “Arqueología del saber”, *Siglo XX*. México.
- GONZÁLEZ-ROBLEDO, L. M., GONZÁLEZ-ROBLEDO, M. C. Y NIGENDA, G. (2012). “Dentist education and labour market in Mexico: Elements for policy definition. Human resources for health”, En: <https://doi.org/10.1186/1478-4491-10-31>
- GRAMSCI, A. (2008). “Cuadernos de la cárcel y otros textos”. Plaza de la Revolución, Cuba: Ediciones Cubarte.
- HADJINICOLAOU, N. (2005). “Historia del arte y lucha de clases”, *Siglo XXI*, España.
- HOBBSBAWN, E. (1988). “La era del capital (1848-1875)”, *Crítica*.
- JARILLO, S.E.C. Y GUINSBERG, E. (2007). “Temas y desafíos en salud colectiva” (Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Campus III RA 427 T45). México
- JIMÉNEZ-GAYOSSO, S. I., MEDINA-SOLIS, C. E., LARA-CARRILLO, E., SCOUGAL-VILCHIS, R. J., ROSA-SANTILLANA, R. DE LA, MÁRQUEZ-RODRÍGUEZ, S., MENDOZA-RODRÍGUEZ, M., Y KOSIK, K. (1967). “Dialéctica de lo concreto. Dialéctica de la totalidad concreta”, *Grijalbo*.
- LAGARDE, M. (2005). “Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas y locas”, *Colección Posgrado*, UNAM, Ciudad de México. México.
- LAURELL, A. (1986). “El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina”.
- LE BRETON, D. (2004). “Antropología del cuerpo y modernidad”, *Ediciones nueva visión*.
- LÓPEZ-ARELLANO, O. Y BLANCO-GIL, J. (2001). “La polarización de la política de salud en México”, *Cadernos de Saúde Pública* En: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000100004>>. Epub 16 Ago. 2001. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000100004>.
- LOPEZ CÁMARA (1999) “La profesión, las escuelas y los estudiantes de odontología en México”. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. pp118-123.
- LÓPEZ CÁMARA, V. (2003). “Investigación Educativa. Los procesos de evaluación en México para los programas de licenciatura en Odontología”, *Reencuentro*. pp. 38:83-90.
- LÓPEZ CÁMARA, V., LARA FLORES N. (2002). “La enseñanza de la odontología en México. Resultados de un estudio en 23 facultades y escuelas públicas”, *Revista de la Educación Superior ANUIES*. 121:1-15.
- MARX, K., Y ENGELS, F. (1979). “Ideología alemana. Tesis sobre Feuerbach y el fin de la filosofía clásica alemana”, *Cultura popular*.
- MARX, C. (1988). “El capital”, *Siglo XIX*, tres tomos, ocho volúmenes, México.
- MEDINA-SOLÍS, C. E., MAUPOMÉ, G., ÁVILA-BURGOS, L., PÉREZ-NÚÑEZ, R., PELCASTRE-VILLAFUERTE, B., Y PONTIGO-LOYOLA, A. P. (2006). “Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción”, *Revista Biomédica*, 17(4), 269–286.
- MENÉNDEZ, E.L. (2005). “El modelo médico y la salud de los trabajadores”. *Salud colectiva*, 1, 9-32. En: <https://www.scielosp.org/article/scol/2005.v1n1/9-32/es/>

- MIGNOLO, W. (2002). “Colonialidad global, capitalismo y hegemonía epistémica”. En: CATHERINE WALSH, FREYA SCHIWY Y SANTIAGO CASTRO-GÓMEZ (eds.). *Indisciplinar las ciencias sociales: geopolíticas del conocimiento y colonialidad del poder*.
- MINAYO, M.C.S. (2021). Determinação social, não! Por quê?. *Cadernos De Saúde Pública*, 37(12), e00010721. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00010721>
- MORALES M. (2021). “Transformaciones del trabajo odontológico en Bogotá (1985-2015): Proceso de inequidad acumulada”, En: <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/8083>
- POULANTZAS, N. (1985). “Hegemonía y dominación en el Estado moderno”, *Siglo XIX*, México.
- NOVELO-ARANA, V., HERNÁNDEZ-TORRES, F., GÓMEZ-BERNAL, E., PADILLA-GUTIÉRREZ, E., VILLALBA-ESPINOSA, I., ZARCO-RÁBAGO, J., CONTRERAS-COLÍN, H., CÁRDENAS-CEJUDO, A., Y VALENCIA-FLORES, M. G. (2013). “Panorama de la profesión de la odontología en México 1970-2012”, *Revista CONAMED*, 18(1), 4–13.
- OBREGÓN, A., SENDRA, A.E. (2020). “Salud bucal salud colectiva: deconstruyendo la práctica odontológica”. Laborde Libros Editor. Rosario, Argentina.
- OSORIO, J. (2014). “Estado, reproducción del capital y lucha de clases. La unidad económico/política del capital”, *Seminario de Teoría del Desarrollo*, iiec-unam. México.
- OSORIO, J. (2001) *Fundamentos del análisis social: la realidad social y su conocimiento*. Fondo de Cultura Económica, 2001, 176. México.
- PAREDES, J.C. (2020). “Para descolonizar el feminismo. 1942 entronque patriarcal y feminismo comunitario Abya Yala”, *Ediciones Feminismo Comunitario de Abya Yala*. La Paz, Bolivia.
- PAREDES JULIETA. (2018). *Entronque patriarcal : la situación de las mujeres de los pueblos originarios de Abya Yala después de la invasión colonial de 1492*. [Maestría]. Buenos Aires Argentina: FLACSO.
- QUIJANO, A. (2001). “Globalización, colonialidad y democracia”. En Instituto de Altos Estudios Diplomáticos Pedro Gual (ed.). *Tendencias básicas de nuestra época: globalización y democracia*. Caracas: Instituto de Altos Estudios Diplomáticos Pedro Gual.
- Quijano, Aníbal. (2000). *Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina*. En Lander, E (Comp.). *La Colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales: perspectivas latinoamericanas* (p.201-246). Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales- CLACSO
- ROCHA A. (2008). “Representación social del odontólogo”, *Revista CES Odontología*; 21(2): 79-84.
- SÁNCHEZ-GONZÁLEZ, C.L., MORENO, M.W., HERRERA.MÁRQUEZ, A.X. (2009). “Competencias profesionales y su vinculación con el mercado laboral en la formación del odontólogo de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza”, UNAM. X Congreso Nacional de Investigación Educativa.
- SANTOS-MADRIGAL, N.O., MORENO, A., Y LARA FLORES, N. L. (2021). “Caries y salud bucal, percepciones acerca de la enfermedad”, *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*, 11(2). <https://doi.org/10.47990/alop.v11i2.255>
- SECRETARÍA DE SALUD. (2019). “SIVEPAB Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales”, En: <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/sivepab-sistema-de-vigilancia-epidemiologica-de-patologias-bucales>
- SCOTT, J.W. (1986). “Gender: A Useful Category of Historical Analysis. The American Historical Review”, *Oxford University Press* Vol. 91, No. 5. U.K.
- THOMPSON, J. (1993). “Ideología y cultura moderna: Teoría crítica social en la era de la comunicación de masa”. UAM, Unidad Xochimilco, división de ciencias sociales y humanidades.

- TOLEDO, A., SEQUERA, J.A. (2014). “La Producción Del Sentido: Semiosis Social Production of Meaning: Social Semiosis”, *Razón y Palabra*, 18(3_88), 521–536.
- VAN DIJK, T. A. (2001). Estructuras y funciones del discurso: Una introducción interdisciplinaria a la lingüística del texto y a los estudios del discurso. Siglo XXI.
- VIDALES GONZÁLES, C.E. (2009). “La relación entre la semiótica y los estudios de la comunicación: un diálogo por construir”, *Comunicación y sociedad*, (11), 37-71. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188252X2009000100003&lng=es.